

Tartu Ülikool  
Arstiteaduskond  
Õendusteaduse osakond

**Reet Tohvre**

**PATSIENTIDE OHJELDAMINE JA SELLE VÄLTIMISE ABINÕUD TERVISHOIU- JA  
HOOLDUSASUTUSTES: INTEGREERIV KIRJANDUSE ÜLEVAADE**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2012

**Juhendaja: Ilme Aro, RN, MSc**

---

*/allkiri/*

---

*/kuupäev/*

Otsus kaitsmisele lubamise kohta: \_\_\_\_\_

---

*/TÜ AROT nõukogu otsus, koosoleku protokoll nr ja kuupäev/*

## KOKKUVÕTE

### **Patsientide ohjeldamine ja selle vältimise abinõud tervishoiu- ja hooldusasutustes: integreeriv kirjanduse ülevaade**

Uurimistöö teema valiku tingis vajadus kõikehõlmava ülevaate järele ohjeldamisest ja selle vältimise võimalustest, mis looks aluse regulatsioonide koostamisele ning tõstaks õdede ja teiste tervishoiutöötajate teadlikkust. Domineerib arvamus, et ohjeldamine kui patsientide põhiõigusi piirav tegevus on oma olemuselt vastuoluline ning toob kaasa keerulisi eetilisi dilemmasid, on viimane meede patsiendi käitumise muutmiseks ning on oluline uurida ja leida alternatiivseid tegevusi ohjeldamise vältimiseks.

Ohjeldamise vältimise võimalusi on vähe uuritud. Kõige enam on ohjeldamise vältimise võimalusi uuritud eakate hoolduses. Kahjuks on olemasolev teave ohjeldamise vältimise võimaluste kohta piiratud, lünklik ja killustunud.

Uurimistöö eesmärk oli koostada patsientide ohjeldamist ja selle vältimise abinõusid kirjeldav ülevaade tervishoiu- ja hooldusasutustes, toetudes varasemate uurimistööde tulemustele. Uuritava materjali kogumiseks tehti otsing augustis–septembris 2011 andmebaasides MEDLINE, The Cochrane Library ja Science Direct ja korraldati 01.–31.05.2012. Valikukriteeriumidele vastas 18 artiklit, neist 4 kirjanduse ülevaadet. Andmeanalüüs koosnes 3 etapist: andmete koondamine, grupeerimine ja võrdlemine.

Patsientide ohjeldamine tervishoiu- ja hooldusasutustes on personali tegevused, millega piiratakse või võetakse patsiendilt ära tema tahte vastaselt või tahtest olenemata liigutuste ja/või liikumisvabadus. Ohjeldamise liigid on füüsiline, mehaaniline, keemiline (ravimite kasutamine), meditsiiniline ja keskkondlik ohjeldamine. Ohjeldamise teostamine toimub läbi ohjeldusmeetmete rakendamise. Ohjeldamise vältimine tervishoiu- ja hooldusasutustes on kompleksne tegevuste kogum, mis sisaldab kolme tüüpi üksteisega tihedalt seotud abinõusid nagu personaliga, organisatsiooniga ning patsiendi ja tema lähedastega seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud. Töös käsitletud abinõude tulemuslikkus vajab edasisi uuringuid.

Märksõnad: ohjeldamine, ohjeldamise põhjused, ohjeldamise tagajärjed, ohjeldamise vältimine, integreeriv kirjanduse ülevaade.

## **SUMMARY**

### **Patient restraint and ways for avoiding it in healthcare and residential care services: an integrative literature review**

The research topic was chosen due the need to have a comprehensive overview about patient restraint and possibilities for avoiding it, which could raise the nurses' and other healthcare workers' awareness of the issue; and serve as a basis for the respective regulations. It is a common belief that patient restraint measures limit the patient's rights, that they are, in essence contradicting, and raise difficult ethical dilemmas. Patient restraint is considered to be the last method for influencing patients' behavior; thus, it is important to conduct research in this field and find alternative methods for avoiding patient restraint.

The topic of restraint avoidance opportunities is relatively under-researched. Most of the former research has focused on elderly care, especially on nursing homes. The existing information about restraint avoidance opportunities is, unfortunately, limited, deficient and fragmentary.

The aim of this paper was to give an overview of the research conducted on the topic of patient restraint and methods for avoiding it in healthcare and custodial care services. The sample consisted of materials found in the databases like MEDLINE, The Cochrane and Science Direct in August-September 2011 and May 2012. 18 articles, including four literature reviews, matched the search criteria. The data analysis consisted of 3 stages: assembling and grouping the data; comparing the results.

Patient restraint in healthcare and custodial care services means restricting patient's movements or mobility. Restraint methods include physical, mechanical, chemical (using medications), medical and environmental restraint methods. Restraint avoidance in healthcare and custodial care services is a complex set of activities, which includes three types of connected measurements like personal avoidance measurements, organization avoidance measurements and patient's and his/hers family restraint measurements. Further research needs to be done on the topic at the measures' effectiveness.

**Keywords:** patient restraint, restraint reasons, restraint effects, restraint avoidance, integrative literature review.

## SISUKORD

### KOKKUVÕTE

### SUMMARY

1. SISSEJUHATUS.....	6
2. PATSIENTIDE OHJELDAMISE MÕISTE, OLEMUS JA LIIGID.....	8
2.1. Ohjeldamise mõiste ja olemus.....	8
2.2. Ohjeldamise liigid .....	11
2.2.1. Ohjeldamise liigitamisest üldiselt .....	11
2.2.2. Füüsiline ohjeldamine .....	12
2.2.3. Mehaaniline ohjeldamine .....	13
2.2.4. Keemiline ohjeldamine .....	14
2.2.5. Keskkondlik ohjeldamine.....	15
2.2.6. Meditsiiniline ohjeldamine.....	16
2.3. Tahtevastane hooldus .....	17
3. OHJELDAMISE LEVIMUS.....	18
4. OHJELDAMISE PÕHJUSED JA TAGAJÄRJED.....	21
4.1. Ohjeldamise põhjused .....	21
4.2. Ohjeldamise tagajärjed.....	22
5. OHJELDAMISE VÄLTIMISE VÕIMALUSED .....	26
6. METOODIKA JA TEOSTUS.....	28
6.1. Metoodika valiku põhjendus .....	28
6.2. Probleemi identifitseerimine .....	28
6.3. Kirjanduse otsing ja selekteerimine .....	29
6.4. Andmete hindamine .....	33
6.5. Andmete analüüsi meetod ja analüüsiprotsessi kirjeldus.....	34
7. TULEMUSED.....	37
7.1. Ohjeldamise vältimise eeltingimused, abinõud ja ohjeldamine kui viimane võimalus .....	37
7.2. Personaliga seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud .....	39
7.3. Organisatsiooniga seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud.....	41
7.4. Patsiendi ja tema lähedastega seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud.....	43
8. ARUTELU .....	45
8.1. Ohjeldamise olemus, liigid, põhjused ja tagajärjed.....	45
8.2. Ohjeldamise vältimine.....	48
8.3. Uurimistöö kitsaskohad.....	50
8.4. Tulemuste olulisus ja rakendatavus.....	51

8.5. Uued uurimisprobleemid.....	52
9. JÄRELDUSED.....	53
KASUTATUD KIRJANDUS .....	55
LISAD:	

Lisa 1. Potentsiaalsed alternatiivid ohjeldamisele

Lisa 2. Otsingustrateegiad andmebaaside kaupa

Lisa 3. Kaasatud kirjanduse ülevaadete kvaliteedi hindamine PRISMA kontrollloendi järgi

Lisa 4. Kaasatud kvalitatiivsete uurimuste hindamine COREQ: 32 kontrolllehe järgi

Lisa 5. Kaasatud ekepserimentaalsete ja vaatlusuuringute hindamine STROBE kontrollloendi järgi

Lisa 6. Välja jäetud uurimused

Lisa 7. Kaasatud uurimuste tunnused ja tulemused

Lisa 8. Ohjeldamist vältivate abinõude grupeerimine

Lisa 9. Ohjeldamist vältivate abinõude käsitlemise arv kaasatud allikates

## 1. SISSEJUHATUS

Paljudes riikides on ohjeldusmeetmete kasutamine tervishoiu- ja hoolekandeesutustes riiklikult reguleeritud. Eestis on ohjeldusmeetmete kasutamine reguleeritud Psühhiaatrilise abi seaduse (§14 ohjeldusmeetmete rakendamine) ja Sotsiaalhoolekande seadusega (§ 20 lg 4 eraldamine). Ametkondlikuks kasutamiseks on Terviseameti poolt välja töötatud soovituslik juhend ohjeldusmeetmete rakendamiseks psühhiaatriahaiglates. Niisiis on Eestis ohjeldusmeetmete kasutamine reguleeritud ainult psüühikahäiretega isikutele ravi ja hooldust pakkuvates asutustes. Samas on teada, et patsientide ohjeldamist kasutatakse ka teistes tervishoiuasutustes, kuid neil puuduvad vastavasisulised regulatsioonid ja tegevusjuhendid. Tegevusjuhendite puudumine ja vastuolulised arusaamad ohjeldamise olemusest on kaasa toonud patsientide ohjeldamisega seotud probleeme, mistõttu on teema tekitanud laiemat avalikku huvi ning leidnud kajastamist ka ajakirjanduses.

Uurimistöö teema valiku tingis vajadus kõikehõlmava ülevaate järele ohjeldamisest ja selle vältimise võimalustest, mis looks aluse regulatsioonide koostamisele, tõstaks õdede ja teiste tervishoiutöötajate teadlikkust ning võimaldaks oma tegevust analüüsida ja arendada. Teadlikkus ohjeldamisest ja selle vältimise võimalustest ning regulatsioonide olemasolu võimaldavad parandada tervishoiuteenuste kvaliteeti ning tagada patsientide heaolu ja õiguste kaitse. Lisaks eeltoodule on käesoleva uurimistöö teema valik seotud vajadusega koostada Tartu Ülikooli Kliinikumis tegevusjuhise olukordadeks, kus patsientide suhtes on vaja rakendada ohjeldusmeetmeid.

Teistes riikides on patsientide ohjeldamist uuritud psühhiaatria, intensiivravi, erakorralise meditsiini ja teistes akuutravi osakondades ning on leitud, et patsientidele seatakse mitmesuguseid füüsilisi, mehaanilisi ja keemilisi piiranguid nende käitumise kontrolli alla saamiseks (Hirdes jt 1999, Choi ja Song 2003, Martin ja Mathiesen 2005, Hofse ja Coyer 2007, Mott jt 2005, Minnick jt 2007, Fogel jt 2009). Palju on uuritud ohjeldusmeetmete kasutamist ja selle mõju eakate hoolduses ja ravis (Molassiotis ja Newell 1996, Ljunggren jt 1997, Lee jt 1999, 2004, Feng jt 2009, Pellfolk 2010). Süstemaatilisi kirjanduse ülevaateid on tehtud ohjeldamise põhjuste kohta (Evans ja Fitzgerald 2002), ohjeldamise kui nähtuse kohta eakate hoolduses (Qureshi 2009), ohjeldamise riskide kohta (Mohr jt 2003) ja ohjeldusmeetmete kasutamise kohta (Hamers ja Huizing 2005, Krüger jt 2010). Ohjeldamise levimuses on saadud suuri erinevusi nii erinevate riikide võrdluses kui ka ühe riigi piirkonna samatüübilistes tervishoiuasutustes (Minnick jt 2007, Meyer jt 2008). Erinevuste põhjusi ei ole uurijad suutnud seletada ja on

järeldatud, et teema vajab edasist uurimist. Uurimustes, mis käsitlesid ohjeldamise põhjuseid, leiti, et ohjeldamist kasutatakse eelkõige patsiendi, töötajate ja keskkonna turvalisuse tagamiseks.

Domineerib arvamus, et ohjeldamine kui patsientide põhiõigusi piirav meede on oma olemuselt vastuoluline ning toob kaasa keerulisi eetilisi dilemmasid. Erinevates uurimustes on tõestatud, et ohjeldamine ei vii alati oodatava tulemuseni ning tekitab emotsionaalset distressi nii õdedel kui ka patsientidel. Lisaks võivad kasutatud ohjeldusmeetmed (eelkõige füüsilised ja mehaanilised) põhjustada patsiendile kehalisi vigastusi või isegi surma. Sellest tulenevalt on enamus ametlikke regulatsioone ja poliitikaid koostavaid organisatsioone (nt American Psychiatric Nurses Association 2007) seisukohal, et ohjeldamine on viimane meede patsiendi käitumise muutmiseks ning et on oluline uurida ja leida alternatiivseid tegevusi ohjeldamise vältimiseks.

Ohjeldamise vältimise võimalusi on kahjuks vähe uuritud. Ainus loetelu potentsiaalsetest ohjeldamise alternatiividest, mida soovitatakse kasutada ohjeldamise asemel erinevate riikide haiglate ohjeldamispoliitika dokumentides, pärineb Austraaliast, Joanna Briggsi Instituudist (vt lisa 1). Napib uurimusi, mis võimaldaks teha järeldusi erinevate alternatiivsete sekkumiste efektiivsuse kohta. Psühhiaatriaiglates ja erakorralise meditsiini osakondades on uuritud patsientidepoolse vägivalla kui ohjeldamise ühe põhjuse ennetamist (Evans jt 1997, Evans jt 2002, Downey jt 2007) ning on leitud, et personali koolitamine ja osakonna keskkonna ümberkujundamine võimaldavad ohjeldamist vähendada. Kõige enam on ohjeldamise vältimise võimalusi uuritud eakate hoolduses, sh õenduskodudes (Capezuti jt 2007, Hamers jt 2009, Huizing jt 2009). Kahjuks on olemasolev teave ohjeldamise vältimise võimaluste kohta piiratud, lünklik ja killustunud.

Uurimistöö eesmärk on koostada patsientide ohjeldamist ja selle vältimise abinõusid kirjeldav ülevaade tervishoiu- ja hooldusasutustes, toetudes varasemate uurimistööde tulemustele. Eesmärgist tulenevalt püstitati järgmised uurimisülesanded:

1. Kirjeldada ohjeldamise olemust, liike, põhjuseid ja tagajärgi.
2. Kirjeldada ohjeldamise vältimise abinõusid.



## 2. PATSIENTIDE OHJELDAMISE MÕISTE, OLEMUS JA LIIGID

### 2.1. Ohjeldamise mõiste ja olemus

Erinevates riikides kehtivate tegevusjuhendite, õigusaktide ning standardite põhjal esineb suur varieeruvus ohjeldamise defineerimises. Mitmetes uurimustes ja raportites (Bray jt 2004, Commision for Social Care Inspection 2007, Quershi 2009) on leitud, et ainult ühes osas on ohjeldamise definitsioonid sarnased – ohjeldamist ei tohiks kunagi kasutada olukorrale mittevastavalt (*should never be used inappropriately*) ning tegemist on viimase ja äärmusliku meetmega patsiendi käitumise kontrollimiseks. Ohjeldamise mõiste defineerimise suurele varieeruvusele on viidanud ka paljud teema uurijad (Bush ja Shore 2000, Minnik jt 2007, Martin jt 2007, Möhler jt 2011). Kasutusel on arvukalt tegevusjuhiseid, kus ohjeldamise mõiste on üldse defineerimata. Paljudest uurimustest hoolimata domineerib arvamus, et ohjeldamise olemuse kohta on jätkuvalt vähe teadmisi. Samuti on selgunud, et tervishoiutöötajate, patsientide ja nende lähedaste hulgas valitseb arvamuste paljususe ning erinev ohjeldamise mõiste tõlgendamine (Black ja Haralambous 2005, Commision for Social Care Inspection 2007).

Keeruliseks teeb mõiste avamise asjaolu, et sihtgrupid, kelle suhtes ohjeldamist kasutatakse, on äärmiselt erinevad ja tervishoiuasutused ongi sageli defineerinud ohjeldamist lähtuvalt oma vajadustest ning patsientide eripärast. On definitsioone, mis baseeruvad ohjeldamise olemusel või ohjeldamise põhjustel ning kõige levinum on ohjeldamise defineerimine ohjeldamiseks kasutatud meetme läbi (vt tabel 1). Ohjeldusmeetmed on teatud konkreetse ohjeldamise liigi juures rakendatud või rakendatavad piiravad abinõud. Defineerides ohjeldamist põhjustele või olukorrale tuginedes, eristatakse patsiendi käitumise iseärasusi – kas patsient on agressiivne teiste või iseenda suhtes. USA haiglate ohjeldamispoliitikates ongi kasutatud selliseid mõisteid nagu „destruktiivse käitumise ohjeldamine“ (*violent/self destructive restraint*) (The University of Connecticut Health Center 2009), „erakorraline ohjeldamine“ (*emergency restraint*) või „transpordiks ohjeldamine“ (*transportation restraint*) (DDC Office for Human Rights 2009).

**Tabel 1. Ohjeldamise definitsioonid.**

	Näited	Allikas
Ohjeldamise olemust iseloomustavad definitsioonid	Ettekatsetatud isiku liigutusvabaduse või käitumise piiramine või teine sõnastus „ettekatsetatud/tahtlik takistamine võimaldamast isikul teha seda, mida ta kavatses“.	Royal College of Nursing (2008). Lets talk about restraint. Rights, risks and responsibility.
Ohjeldamise põhjustel baseeruvad definitsioonid (agressiivsuse ja vägivalda takistamine)	Ohjeldamine on ükskõik milline vahend või keemiline aine, mida kasutatakse eesmärgiga peatada agressiivne või afektiivne käitumine.	Shannex Health Care Management Inc. (2007) Best Practice Guidelines- Least Restraint Utilization.
	Ohjeldamine on sekkumine, mille eesmärgiks on ennetada isikut kahjustamast ennast, teisi või ümbritsevat keskkonda.	Nottingham Univesity Hospital (2009) Restraint Policy.
	Ohjeldamine on viimane meede, et patsiendi ohtlikku ja vägivaldset käitumist kontrolli alla saada ning ohjeldamine ei ole raviviis.	Montana State Hospital (2007) Policy and Procedure. Use of seclusion and restraint.
Ohjeldamise definitsioonid ohjeldamiseks kasutatud meetme alusel	Ohjeldamine on igasugune 1) manuaalne meetod või füüsiline või mehaaniline vahend või 2) materjal või seade, mis immobiliseerib või takistab patsienti vabalt liigutamast oma jäsemeid, keha või pead.	The University of Connecticut Health Center. John Dempsey Hospital (2009) Administrative Manual.
	Ohjeldamine on kas: 1) manuaalne - patsiendi kinnihoidmine personali poolt; 2) mehaaniline – sidemete või käe-või jalaraudade kasutamine; 3) keemiline-ravimite abil patsiendi rahustamine.	Knott jt (2005) Epidemiology of unarmed threats in the emergency department. <i>Emergency Medicine Australasia</i> 17, 351-358.
	Ohjeldamine on kas füüsiliste, keemiliste või keskkondlike vahendite kasutamine isiku või tema kehaosade füüsilise või käitumusliku tegevuse kontrollimiseks.	College of Nurses of Ontario (2009). Practice Standard
	Ohjeldamine on ükskõik milline manuaalne meetod või füüsiline/mehaaniline seade või vahend, mis asetatakse patsiendi kehale nii, et tema vaba liigutamine on piiratud.	Guttman R., Altman R.D. & Karlan M.S. (1999) Reports of the council on scientific affairs: use of restraints for patients in nursing home. <i>Archives of Family Medicine</i> 8, 101–105.

Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (*European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman and Degrading Treatment or Punishment*, edaspidi lühend CPT) defineerib ohjeldamist läbi liigitamise ehk siis vastavalt füüsilise või keemilise ohjeldamisena või eraldamisena. Ohjeldamise defineerimine kasutatud meetmete läbi on kõige levinum, samas aga kõige vastuolulisem, eriti mõiste „füüsiline ohjeldamine” osas. Nimelt peavad paljud allikad füüsiliseks ohjeldamiseks nii abivahenditega (rihmad, sidemed, voodivõred jms) patsiendi liikumise piiramist kui ka patsiendi kinnihoidmist personali poolt ning füüsilise jõu ja erinevate võtete kasutamisega patsiendi

takistamist. *National Institute for Health and Clinical Excellence* (edaspidi lühend NICE) (2005) tegevusjuhisis „*The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*“ määratleb mehaanilist ohjeldamist kui füüsilise ohjeldamise alaliiki. Selguse huvides on otstarbekas neid kahte ohjeldamise liiki kindlalt eristada. Samuti vajab põhjalikumat selgitamist ning täpset eristamist mõiste „eraldamine“, mida eelkõige psühhiaatrias, kuid ka teistel meditsiinierialadel käsitletakse mõnikord füüsilise ohjeldusmeetmena (nt Kanada, Austraalia). Montana Riigihaiгла ohjeldamispoliitika dokumendi järgi on eraldamine „patsiendi mittevabatahtlik paigutamine spetsiaalsesse ruumi eesmärgiga piirata tema liikumist ja iseseisvalt ruumist lahkumist“ (Montana State Hospital 2007). Patsientide eraldamist ohjeldusmeetmena kasutatakse rohkem psühhiaatrias ja erihooldekodudes ning tunduvalt vähem aktiivravi haiglates ja õenduskodudes. Aktiivravi haiglatest oli eraldamine ohjeldusmeetmena reguleeritud Montana haiglas (Montana State Hospital 2007) ja Austraalias erakorralise meditsiini osakondades (Cannon jt 2001).

Ohjeldamise olemust iseloomustavad kõige paremini mõiste definitsioonid, mida võib valdavalt leida õigusaktidest ning osadest uurimustest. Siinkohal USA näide definitsioonist, kus püütakse võimalikult üldistatult ohjeldamine ära defineerida: *Hospital Conditions of Participation: Patients` Rights; Final Rule* (Federal Register 2006), mille järgi on ohjeldamine defineeritud kui: „ükskõik milline meetod – kas manuaalne või füüsiline või mehaaniline seade, materjal või vahend, mis immobiliseerib või vähendab patsiendi võimet vabalt liigutada oma käsi, jalgu, keha või pead; või ravim, mis ei ole patsiendi põhiseisundi raviks, vaid muudab patsiendi käitumist seeläbi, et piirab tema liikumist“. Ohjeldamise all ei mõelda protseduuridel ning patsiendi voodist välja kukkumise või enesekahjustamise vältimiseks selliste vahendite nagu ortopeediliste abivahend, kirurgilised sidemed ja riided, kaitsevahendid jms kasutamist. (Federal Register 2006.) See määratlus välistab, et ohjeldamiseks peetakse igasugust liikumist piiravat tegevust või meditsiinis kasutatavat abivahendit. Õenduslastes uurimustes kasutatakse kõige rohkem Retsas (1998: 184) poolt defineeritud ohjeldamise mõistet: „ükskõik milline vahend, materjal või seade, mis asetatakse patsiendi kehale või selle lähedusse ja mis ei ole eemaldatav või kontrollitav patsiendi enda poolt ning mis ettekavatsetult ja tahtlikult takistab isikul vabalt liigutada oma keha ja asendit nii, nagu ta ise sooviks“. Retsase (1998) ja teiste autorite ohjeldamise olemust kirjeldavate definitsioonide kohaselt võib ohjeldamiseks ehk patsiendi liikumise ja liigutuste piiramiseks pidada ka haiglates väga laialt levinud voodivõrede kasutamist mahakukkumise vältimiseks, palati või osakonna välisukse lukustamist turvalisuse ja patsientide kadumamineku vältimise kaalutlustel, patsiendi toestamist ratastooli, luumurru paranemiseks paigaldatud kipslahast ja paljusid muid tegevusi, mida õed ning patsiendid ohjeldamiseks ei pea.

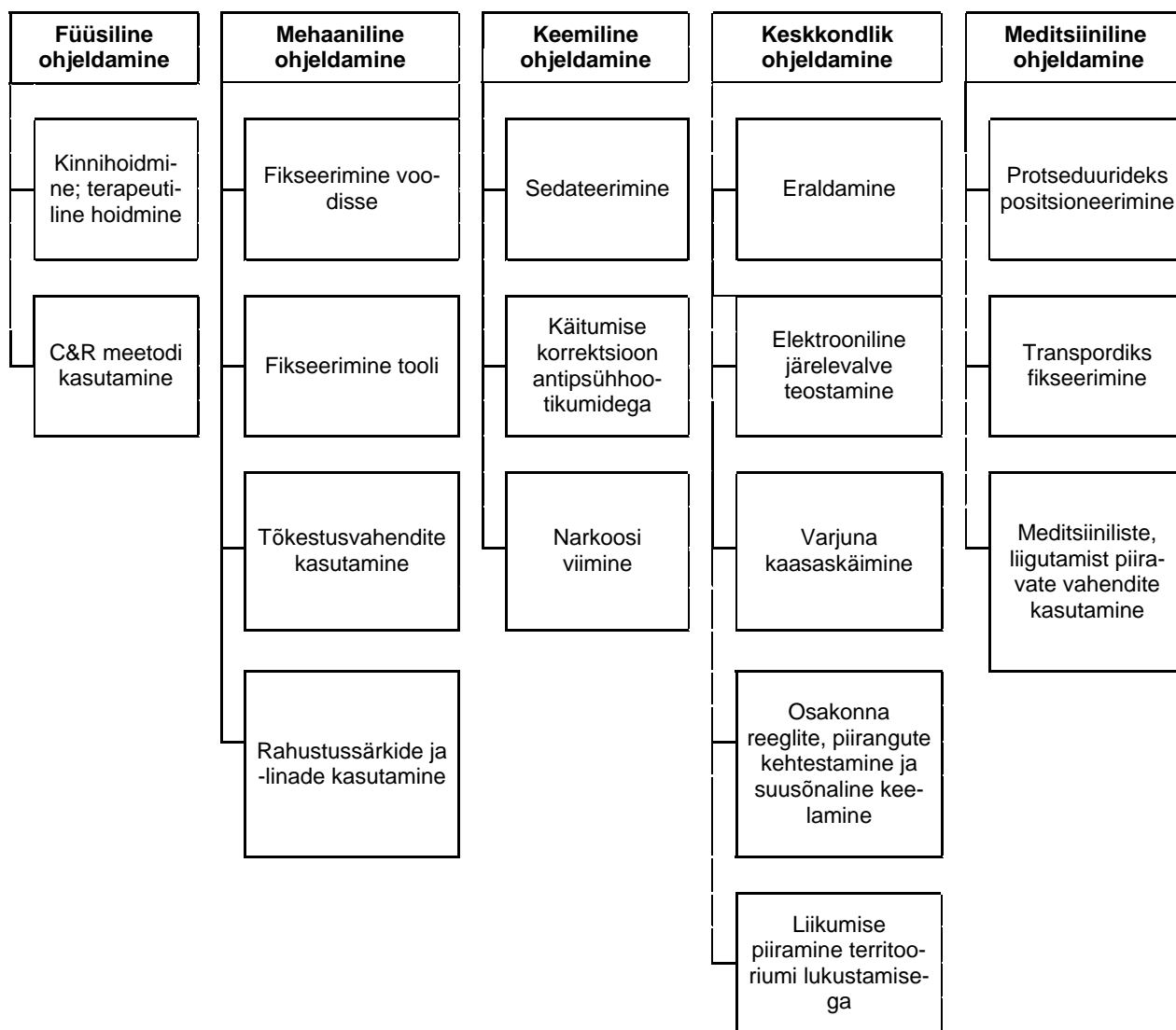
Eelpooltoodust tuleneb ohjeldamise defineerimise keerukus ning mitmetahulisus ning seetõttu on paljud haiglad püüdnud mõiste defineerimisel lähtuda pigem piiranguid seadva tegutsemise astmest ning meetoditest ja vahenditest.

## **2.2. Ohjeldamise liigid**

### **2.2.1. Ohjeldamise liigitamisest üldiselt**

Nii nagu on ohjeldamise defineerimises palju erinevaid arusaamu, esineb ka erinevaid ohjeldamise liigitusi. Valdavalt liigitatakse ohjeldamist kolmeks: füüsiline ohjeldamine, keemiline ohjeldamine ning eraldamine (CPT...2006) või siis füüsiline, keemiline ja keskkondlik ohjeldamine (Black ja Haralambous 2005, College of Nurses of Ontario 2009, Moosa ja Jeenah 2009). Füüsilist ja mehaanilist ohjeldamist peetakse kõige vägivaldsemateks ning nende kasutamist on käesolevaks ajaks kõige rohkem reglementeeritud ja uuritud. Samas esineb kirjanduses mõiste „füüsiline ohjeldamine“ defineerimisel arvukalt erinevaid käsitlusi. On uurimusi, kus füüsilise ohjeldamisena käsitletakse nii mehaanilist ohjeldamist kui ka eraldamist. Füüsilise ja mehaanilise ohjeldamise mõiste täpne eristamine on oluline mitmest aspektist. Näiteks paljudes varasemates uurimustes ei ole seda täpselt tehtud ning on uuritud ohjeldamist, kasutades mõiste üldist definitsiooni. Tulemuseks on see, et uurimistulemused ei ole hiljem omavahel võrreldavad. Tuleb eristada ohjeldamise liiki ohjeldamiseks kasutatud abinõust ehk ohjeldusmeetmest. Mõiste „füüsiline ohjeldamine“ kätkeb erinevates uurimustes endas nii mehaaniliste abivahenditega patsiendi liigutuste piiramist, eraldamist, kui ka personalipoolset tegevust, kus personal kasutades spetsiaalseid tehnikaid hoiab patsienti kinni ja takistab tal teha seda, mida patsient ise kavatses teha.

Täpsuse ja ohjeldamisest kui nähtusest parema arusaamise huvides on otstarbekas käsitleda kõiki erinevaid piirangute seadmise võimalusi (vt joonis 1), ehk ohjeldamise liike, mis omakorda jagunevad ohjeldusmeetmeteks. Millised neist abinõudest ehk meetmetest on käsitletavad ohjeldamisena ja millised mitte, vajab põhjalikumalt uurimist ning kokkuleppeid erinevate osapoolte vahel.



**Joonis 1. Ohjeldamise liigid ja meetmed** Commission of Social Care Inspection (2007), Bright (2008), Qureshi (2009) ja Royal College of Nursing (2008) põhjal.

### 2.2.2. Füüsiline ohjeldamine

Võrreldes USA ja teiste riikidega, käsitletakse füüsilise ohjeldamise mõistet oluliselt erinevalt Ühendkuningriigis. Sealsed tegevusjuhised ja raportid eristavad füüsilises ohjeldamises füüsilist sekkumist (*physical intervention*) ja füüsilist ohjeldamist (Royal College of Nursing 2005, Commission of Social Care Inspection 2007). Ühendkuningriigi allikate kohaselt tähendabki füüsiline sekkumine patsiendi kinnihoidmist, erinevalt paljudest teistest riikidest, kus füüsiliseks ohjeldamiseks peetakse ka mehaanilist ohjeldamist. *Royal College of Nursing* (2005) defineerib füüsilise ohjeldamise meetmena tegevust, mille puhul spetsiaalselt väljaõppinud personal kasutab spetsiifilist varustust patsiendi keha või kehaosa(-de) immobiliseerimiseks. Ühendkuningriigi Tervishoiu Kvaliteedi Komisjon (*Care Quality Commission*, edaspidi lühend

CQC) on defineerinud mõiste „füüsiline ohjeldamine“ alljärgnevalt: „...isiku liikumise peatamine vahenditega, mis ei ole selleks spetsiaalselt ette nähtud, nagu näiteks voodivõred, ratastoolide kinnitusrihmad jms“ ning füüsilise sekkumisena „...ühe või mitme personaliliikme poolt patsiendi soovitud/algatatud tegevuse takistamist. Füüsiline sekkumine ei ole patsiendi toetamine või suunamine.“ (Commission of Social Care Inspection 2007.) Füüsilist ohjeldamist on nimetatud ka manuaalseks ohjeldamiseks (Ryan ja Bowers 2006, Qureshi 2009).

Paljudes Ühendkuningriigis läbiviidud uurimustes nimetatakse füüsilist sekkumist C&R (*control and restraint*) meetodiks. C&R meetodil patsiendi kinnihoidmine jaguneb Stirling ja McHugh (1997) järgi kolmeks: 1) patsiendi eemaldamine (kõrvaletõmbamine) ohuolukorrast või 2) patsiendi jäsemete immobiliseerimine personali poolt, kasutades mitmesuguseid jõuvõtteid ja tehnikaid. Eraldi immobiliseerimistehnikana nimetatakse siin veel patsiendi kinnihoidmist kõhuliasendis (*physical forceful prone restraint*); 3) spetsiaalsete abivahendite kasutamine, mis on kasutusel ainult vanglates jms kinnipidamisasutustes. Kolmanda versiooni puhul on käesoleva töö autori hinnangul tegemist pigem mehaanilise ohjeldamisega, sest lisaks sellele, et patsienti hoitakse personali poolt jõuga kinni, paigaldatakse talle täiendavalt jala- või käerauad, mis on patsiendi vöö külge metallketiga ühendatud. USA allikate kohaselt nimetatakse sellist ohjeldamist mehaanilise ohjeldamise alaliigina kammitsemiseks (*hogtie restraints*). Kinnihoidmisel patsiendi kõhuli lamama panekut (*prone restraint*) kasutatakse Paterson jt (2003) andmetel palju Ühendkuningriigis intellektipuudega isikute hooldekodudes.

Laste puhul kasutatakse veidi teistsuguseid võtteid, kuid põhimõte on sama – personal oma käte ja kehaga takistab last liigutamast. Sageli nimetatakse kirjanduses laste kinnihoidmist ka terapeutiliseks hoidmiseks (*therapeutic holding*) või toetavaks hoidmiseks (*supportive holding*). Piir, kus on tegemist nõ terapeutilise hoidmise ja ohjeldamisega, on diskussiooni objektiks ka lasteõdedel, kes on seisukohal, et terapeutilise hoidmisega on tegemist juhtudel, kui on vaja last kinni hoida mõne protseduuri tegemiseks ja vanemate ning patsiendi nõusolek on selleks olemas ning ohjeldamisena on kinnihoidmine käsitletav juhtudel, kui õdedel on vaja patsiendi vastupanu maha suruda ja vanemate nõusolekut ei ole või ei ole võimalik ka küsida. (Jeffery 2010.)

### 2.2.3. Mehaaniline ohjeldamine

Mehaaniline ohjeldamine *Commission of Social Care Inspection* (2007) järgi on „isiku liigutuste piiramine selleks ettenähtud (disainitud) vahendite nagu rihmad, käerauad, kaitsekiivrid, lahased jms kasutamisega, et takistada patsienti ennast või teisi vigastamast.“ Mehaanilist ohjeldamist on sageli käsitletud füüsilise ohjeldamise alaliigina, kuid selguse huvides on otstarbekas neid kahte

ohjeldamise liiki eristada. Viimaste aastate psühhiaatria alastes uurimistöödes on nimetatud liike ka eraldiseisvatena käsitletud (Bergk jt 2008). Mehaaniline ohjeldamine on selleks ettenähtud ja spetsiaalselt disainitud ja toodetud abivahendite kasutamine patsiendi fikseerimiseks voodisse (Martin jt 2007). Põhjalik mehaanilise ohjeldamise definitsioon USA-st on järgnev: „kliendi liikumise või tema võime liigutada käsi ja jalgu piiramine mehaaniliste vahenditega. Mehaaniline ohjeldusvahend ei tohi kunagi olla fikseeritud objekti sisse. Mehaanilised ohjeldusvahendid on (mittetäielik loetelu): turvakate (*safety coat*), spetsiaalsed tekid, rahustussärgid, erinevad käerauad, sh nahast pehmed käerauad, rihmad ja sidemed, millega saab keha või kehaosad fikseerida, et kontrollida selle liikumist. Kaitsevahendid, mis on ette kirjutatud arsti poolt nagu näiteks kaitsekiiver (*helmet*) ja on põhjendatud, ei ole mehaaniline ohjeldamine. Arsti poolt soovitatud kaitsekindad, lahased jms mis on paigutatud selleks, et ennetada enesevigastusi ning patsient on nendega vabatahtlikult nõus, ei ole ohjeldamine.“ (Department of Early Education and Care 2005.) Mehaanilist ohjeldamist on omakorda veel jaotatud vastavalt sellele, mitmest punktist patsiendi liikumist piiratakse, näiteks Stewart jt (2009) järgi: 1) neljast punktist ohjeldamine, 2) viiest punktist ohjeldamine, 3) kahest punktist ohjeldamine; või kasutatud vahendi järgi: 1) rihmadega ohjeldamine, 2) rahustussärgi või -linaga ohjeldamine.

#### 2.2.4. Keemiline ohjeldamine

Keemilist ohjeldamist (*chemical restraint*) ehk ravimite kasutamist patsientide käitumise korrigeerimiseks on eraldi ohjeldusmeetmena käsitlema hakatud alates eelmise sajandi 90-ndate keskelt. Ravimite kasutamist on peetud ka alternatiiviks ning vähem vägivaldsemaks meetmeks võrreldes füüsilise ja mehaanilise ohjeldamisega (Bray jt 2004). *Care Quality Commission* (2007) järgi on keemiline ohjeldamine „patsiendi käitumise muutmine või pärssimine ravimitega, tuntud ka kui kaitseravi (*cover medication*).“ *Commission of Social Care Inspection* (2007) defineerib keemilist ohjeldamist järgnevalt: „...ravimite kasutamine isiku käitumise muutmiseks. Need on ravimid, mis on ordineeritud märkega „vajadusel,“ või märkega *pro re nata* ning otsus nende ravimite manustamiseks on suur vastutus valvpersonalile.“ Eesti õenduspraktikas psühhotroopsete ravimite manustamist märkega „vajadusel“ ei ole ohjeldamisena käsitletud kuni aastani 2012, kui alates septembrist kehtima hakanud psühhiaatrilise abi seaduses on eraldi ohjeldusmeetmena välja toodud ohjeldamine ravimite abil.

Briti Aktiivravi Õdede Assotsiatsiooni ametliku seisukoha järgi toimub täiskasvanute intensiivravis keemiline ohjeldamine traditsiooniliselt kolmel viisil: 1) sedatatsioon, mis

peamiselt toimub intravenoosselt ning kasutatakse mehaanilisel ventilatsioonil olevatel patsientidel; 2) neuromuskulaarselt blokeerivad toimeained või paralüseerivad ravimid, mida kasutatakse mõnikord kunstlikul ventilatsioonil olevatel patsientidel omahingamise pärssimiseks või peavigastustega patsientidel intrakraniaalse rõhu tõusu ennetamiseks; 3) anksiolüütilised ravimid, mida kasutatakse agiteeritud ja segasusseisundis patsientide rahustamiseks (sh sedateerimine ja antipsühhootikumid). (Bray jt 2004.)

Samas aga esineb arstide hulgas arvamusi, et mõiste „keemiline ohjeldamine“ on halvustav ja mitmeti mõistetav, kuna aeg-ajalt on patsiendi huvides kasutada tugevamat medikatsiooni (Currier 2003). Samuti väidab Currier (2003), et mõiste kasutamises ei ole üksmeelet seaduste loojad ja tervishoiutöötajad. NICE (2005) ravijuhtnöörides patsiendi vägivaldse käitumise juhtimiseks psühhiaatriaosakondades ja erakorralise meditsiini osakondades ei kasutata üldse mõistet „keemiline ohjeldamine“, vaid kasutatakse mõistet „kiire trankvilliseerimine“ (*rapid tranquillization*), mis tähendab patsiendi sedateerimist eesmärgiga takistada ohtlikku käitumist (Royal College of Nursing 2005). Paljudes tegevusjuhistes, uurimustes ning raportites on keemiline ohjeldamine eraldi meetmena välja toodud ning ravimite manustamist patsiendile tema käitumise korrigeerimiseks peetakse ohjeldamiseks juhul, kui manustatud ravim ei kuulu patsiendi põhihaiguse raviskeemi (Federal Register 2006, Commission of Social Care Inspection 2007). Samas on medikatsiooni kui keemilist ohjeldamist suhteliselt vähe uuritud (Black ja Haralombous 2005, Centre for Addition and Mental Health 2008), kuid on uurimusi erinevate psühhotroopsete ravimite kasutamise kohta eakate hoolduses ja on täheldatud, et sageli kasutatakse eakate hoolduses rohkem psühhotroopseid ravimeid kui see vajalik oleks ja on ilmnunud vastuolu – psühhotroopsed ravimid, mis peaksid kontrollima patsiendi käitumist ja seeläbi tagama tema turvalisuse, põhjustavad rohkem kukkumisi. Kukkumiste vältimiseks aga ohjeldatakse patsienti mehaaniliselt.

#### 2.2.5. Keskkondlik ohjeldamine

*Commission of Social Care Inspection* (2007) järgi on keskkondlik ohjeldamine „osakonna keskkonna kujundamine patsientide enda poolt soovitud liikumise piiramiseks.“ Ehkki *Commission of Social Care Inspection* toob eraldi ohjeldusmeetmena välja elektroonilise jälgimise (videojälgimine, elektroonilised alarmid, liikumisandurid, elektroonilised seadmed, mis paigutatakse patsiendi külge tema liikumise ja liigutuste jälgimiseks jms), on käesoleva töö autori hinnangul tegemist pigem keskkondliku ohjeldusmeetmega. *Royal College of Nursing* (2005) on eraldi ohjeldusmeetmena toonud välja psühholoogilise ohjeldamise (personali poolt



suusõnaliselt antud korraldused ja keelud, osakondade reeglid ja sisekorraeeskirjad jms). Ka need piirangud on pigem keskkondlikud – osa osakonna ravikeskkonnast laiemas mõttes. Keskkondlikuks ohjeldamiseks on peetud ka eraldamist (Black ja Haralombous 2005), kuid mitmed allikad valdavalt psühhiaatriaalas kirjanduses peavad eraldamist eraldiseisvaks ohjeldamise liigiks (CPT...2006, Bergk jt 2008). Kuna eraldamine on patsiendi paigutamine ruumi, kus ta on üksinda ning sealt ise välja ei pääse, on tegemist siiski pigem keskkondliku ohjeldamisega ja käesolevas magistritöös käsitletakse seda keskkondliku ohjeldusmeetmena. Psühhiaatriahaiglates on eraldamine (keskkondlik) ohjeldusmeede ja eraldamise kohta tehtud uurimused ongi valdavalt psühhiaatriliste patsientide kohta. Arvukalt uurimusi eraldamise kohta psühhiaatrias on tehtud 80-ndatel ja 90-ndatel, kus osad autorid pidasid eraldamist patsiendile vähemkahjustavamaks kui mehaanilist ohjeldamist (Farnham ja Kennedy 1997), teised aga sama ohtlikuks oma tagajärgede (puudulikust järelvalvest tingitud surmad) poolest (Bush ja Shore 2000). On vähe andmeid eraldamise kui ohjeldusmeetme kasutamise kohta aktiivravis ja eakate hoolduses. Eraldamist ohjeldusmeetmena kasutatakse Cannon jt (2001) andmetel Austraalias, 23% erakorralise meditsiini osakondades (uuriti 116 osakonda).

#### 2.2.6. Meditsiiniline ohjeldamine

See ohjeldamise liik on eraldi välja toodud valdavalt Ühendkuningriigi tegevusjuhendites ja raportites (Royal College of Nursing 2005, Commission of Social Care Inspection 2007). USA tegevusjuhendites mõistet „meditsiiniline ohjeldamine“ ei kasutata ning tegevused, mis iseloomustavad seda mõistet, on loetletud tegevustena, mida ei peeta ohjeldamiseks. Selguse huvides võiks meditsiiniline ohjeldamine olla terminina välja toodud, et vältida ohjeldamise olemust iseloomustavatest definitsioonidest tulenevaid väärtõlgendusi. Samuti aitaks see mõista, et ohjeldamisel kui tegevusel on väga palju erinevaid põhjusi ja variatsioone ning alati ei ole tegemist negatiivse ja inimese põhiõigusi riivava tegevusega. Meditsiiniline ohjeldamine on sellised tegevused nagu patsiendi positsioneerimine ja kinnitamine operatsioonilauale ja protseduurideks, lahastamised, kiirabitranspordiks fikseerimine, toestamine, kateetrite ja sondide kinnitamine jms. Patsiendi toestamine ratastooli seetõttu, et ta ei suuda ilma toestamata istuda, on meditsiiniline ohjeldamine, samas patsiendi kinnitamine rihmadega ratastooli selleks, et ta liikumine oleks kontrollitud ja ta ei saaks iseseisvalt toolist väljuda, on käsitletav ohjeldamisena.

Antud mõiste täpsem avamine on oluline ka aktiivravi haiglates ohjeldamise olemuse selgitamisel. Nimelt peetakse intensiivravis patsiendi liikumise ja liigutuste piiramist näidustatuks ravi eesmärgil. Sel juhul on Behrmanni ja Dunni (2010) järgi tegemist kahe erineva

olukorraga: vabaduse piiramisega (*restriction*) või vabaduse äravõtmisega (*deprivation*). Behrmann ja Dunn (2010) kategoriseerivad aktiivravi patsiendid kolme gruppi lähtuvalt patsientide vaimsest seisundist: 1) patsiendid, kes saavad aru ja on valmis andma teadvat nõusolekut vajaliku ohjeldusmeetme rakendamiseks; 2) patsiendid, kes ei ole suutelised andma teadvat nõusolekut ohjeldusmeetme kasutamiseks ja kelle puhul on ohjeldusmeetme kasutamine tema vabaduse piiramine (*restriction*); 3) patsiendid, kes ei ole suutelised andma teadvat nõusolekut ohjeldamise kasutamiseks ja kelle puhul ohjeldusmeetme kasutamine on tema vabaduse äravõtmine (*deprivation*). Piir 2. ja 3. kategooria patsientide puhul kasutatud ohjeldusmeetmete puhul on hägune – näiteks kui ohjeldusmeetmena on kasutatud uste lukustamist, siis 2. kategooria patsiendid saavad osakonnast väljuda informeerides sellest personali (nende liikumine on piiratud), kuid 3. kategooria patsiente osakonnast välja ei lasta (nende vabadus ise otsustada oma liikumise üle on ära võetud, otsuse teeb patsiendi eest personal). (Behrmann ja Dunn 2010.)

### **2.3. Tahtevastane hooldus**

Eraldi ohjeldamise liigina on mitmetes allikates (Care Quality Commission 2007, Royal College of Nursing 2008) välja toodud tegevused, kus patsiendile teostatakse jõuga mitmesuguseid hooldustoiminguid nagu ravimite manustamine (tavapäraselt süstetena), toitmine (sondiga), ümberriietumine jms. Käesolevas magistritöös patsiendi tahte vastased hooldustoimingud (*forced care*) eraldi ohjeldamise liigina ega ka ohjeldusmeetmena ei ole välja toodud. Lähtudes näitena tabelis 1 toodud ühest ohjeldamise põhjustel baseeruvast definitsioonist, mille kohaselt „ohjeldamine on sekkumine, mille eesmärgiks on ennetada isikut kahjustamast ennast, teisi või ümbritsevat keskkonda“ (Nottingham University Hospital 2009), ei saa patsiendi tahte vastane hooldus oma olemuselt olla ohjeldamine, kuigi ilmselgelt patsiendi mitte toitmine või mõne ravimi manustamata jätmine kahjustaks patsienti ennast. Samas on ilmne, et tahtevastase hoolduse teostamisega kaasneb ohjeldamine. Praktikas tahtevastaseid hooldustoiminguid tuleb ette – patsiente, kes keelduvad söömast, toidetakse sondiga (nt psühhiaatrias osade söömishäirete puhul) ja selleks, et paigaldada sond ja sondi kaudu toitu manustada, rakendatakse füüsilist ohjeldamist. Ravimite manustamine (reeglina süstetena) patsiendi nõusolekuta on tõenäoliselt üpris levinud ja võib kaasa tuua mitmete erinevate ohjeldusmeetmete kasutamise. Kus on tegemist tahtevastase hooldustoiminguga ja kus ohjeldamisega, vajab täpsemat uurimist. Kui ohjeldamise kohta on arvukalt erinevaid uurimusi, siis tahtevastase hoolduse kohta peale teema nimetamise ja nähtuse põgusa kirjeldamise rohkem teada ei ole.

### 3. OHJELDAMISE LEVIMUS

1980-ndatel ja 1990-ndatel on tehtud arvukalt uurimusi USA-s, Austraalias ja Ühendkuningriikides, et saada ülevaadet, kui paljude patsientide puhul ohjeldamist kasutatakse. USA-s ja Austraalias läbiviidud uurimuste (Frengley ja Mion 1986, Robbins jt 1987, Minnick jt 1998) põhjal rakendatakse keskmiselt 7,4–25% üldhaiglate akuutravi osakondade patsientidele füüsilisi piiranguid ja koguni 20–48% geriaatrilistes asutuses olevaid patsiente ohjeldatakse füüsiliselt (Retsas 1998, Karlsson ja Bucht 2000, Bredthauer jt 2005). Üksikutes uurimustes on saadud andmeid, kus ohjeldamise kasutamine haiglates eakate patsientide hoolduses ulatub isegi 68%-ni (Gallinagh jt 2002). Samas oli selles uurimuses valdav ohjeldusmeede voodivõrede kasutamine. Seega tuleb kriitiliselt suhtuda erinevatesse levimusuuringutesse, sest sageli oli defineerimata ohjeldamine ning ohjeldamisena käsitletakse meedet, mis teistel juhtudel jääb hoopis tähelepanuta. Ohjeldusmeetmete kasutamise sageduse uurimise teebki keeruliseks erinev ohjeldusmeetmete tõlgendamine või see, et paljudes uurimustes on uuritav ohjeldamise liik defineerimata. Sellele viitab ka Ljunngren (1997), kelle uurimuse andmetel kõige vähem (alla 9 %) ohjeldatakse patsiente Jaapani, Islandi ja Taani õenduskodudes ja kõige rohkem Hispaanias (40%).

Minnick jt (2007) leidsid, et USA-s on mehaanilise ohjeldamise levimus 50 juhtu 1000 voodipäeva kohta ehk iga päev on USA haiglates ohjeldatud 27000 patsienti. Kõige rohkem piiratakse intensiivravil viibivaid patsiente (56%) ja peamine põhjus on see, et kaitsta patsienti ennast kahjustamast. Leiti ka suur erinevus ohjeldamise levimuses erinevate osakondade vahel – teraapiaosakondadest oli suurim ohjeldamiste arv neuroloogia ja neurokirurgia osakondades (49,2 ohjeldamist 1000 voodipäeva kohta) ja eakate ravile spetsialiseerunud osakondades (49,1/1000). Intensiivravi osakondadest oli ohjeldamiste levimus suurim neurointensiivides (267,9/1000). Autorid rõhutavad, et suur erinevus osakondade vahel vajab edasist uurimist ja enne kui hakata tegelema ohjeldusmeetmete kasutamise vähendamise võimaluste otsimisega, on vaja rahvusvahelisi uurimusi kokku leppimaks definitsioone, meetodeid jms, et pikemas perspektiivis oleks võimalik võrrelda erinevates riikides tehtud patsientide mehaanilise ja füüsilise ohjeldamise levimusuuringuid ning seejärel leida võimalusi ohjeldamiste vähendamiseks. (Minnick jt 2007.)

On tehtud võrdlusuuringuid erinevates riikides ohjeldusmeetmete kasutamise kohta. Mitmed uurijad (nt Minnick jt 2007) väidavad, et võrreldes Lääne-Euroopaga kasutatakse USA-s patsientide ohjeldamist tunduvalt rohkem. Väite lükkavad ümber Feng jt (2009) poolt 5 riigis

tehtud võrdlusuuringu tulemused. Leiti et USA õenduskodudes ohjeldati füüsiliselt 9% patsientidest, samal ajal kui Hong Kongis oli ohjeldatud patsientide osakaal 20%, Soomes 28 % ja üle 31% Kanadas. Väikseim ohjeldamise arv oli Šveitsis (6%). Seega, vahe erinevates riikides füüsilise ohjeldamise kasutamises oli viiekordne. (Feng jt 2009.) Erinevuse põhjustena USA ja Euroopa vahel toovad USA uurijad välja selle, et USA tervishoius domineerib teistsugune, kontrollivam kultuur ja hoolduse filosoofia baseerub pigem patsientide jälgimisele, järelvalvele ja tervises seisundi kontrollile ning rõhuasetus ei ole individualiseeritud hooldusel. Siinkohal võiks näitena tuua Martini ja Mathieseni (2005) uurimuse, kus leiti, et ohjeldamist kasutati 39-l korral 100-st USA-s, Norras aga mitte kordagi sama vaatluskordade ja patsientide arvu juures. Patsientide kategooriad olid mõlemas riigis tasakaalus. Samas, Norras oli patsiendid rohkem sedateeritud ning õdede suhtarv patsientidesse suurem. (Martin ja Mathiesen 2005.) BACCN (*British Association of Critical Care Nursing*) hinnangul kasutatakse Ühendkuningriigi aktiivravi osakondades valdavalt keemilist ohjeldamist, mis on aktsepteeritavam kui füüsiline ohjeldamine, kusjuures nende hinnangul USA, Austraalia ja enamuse Euroopast kasutavad siiski füüsilist ja mehaanilist ohjeldamist (Bray jt 2004).

Meyeri jt (2008) uurimuses ohjeldamise levimuse kohta Saksamaa 30-s õenduskodus leiti, et keskmiselt 26,2% patsiente (n=2367) on füüsiliselt ohjeldatud ja uurimuses osalenud õenduskodudes ohjeldamise levimus kõikus vahemikus 4,9%–64,8%. Nii suurt erinevust ühe riigi sama piirkonna õenduskodude vahel uurijad seletada ei osanud.

Martin jt (2007) uurides skisofreenia diagnoosiga patsientide mehaanilise ohjeldamise ja eraldamise sagedust seitsmes Saksamaa ja kuues Šveitsi haiglas, leidsid erinevuse mõlema liigi kasutamise sageduses. Saksamaal kasutati rohkem mehaanilist ohjeldamist, vastavalt 10,4% *versus* Šveitsi 6,4 % ja eraldamist rohkem Šveitsis 17,8% *versus* Saksamaa 7,8% ning autorid leidsid, et teiste riikide levimusuuringutega neid andmeid võrrelda ei ole võimalik tulenevalt meetodilistest probleemidest ning seetõttu ei ole võimalik anda hinnangut, kus riigis kliiniline praktika parem oleks.

Ohjeldusmeetmete kasutamise sagedust on seostatud ka personali koosseisuga ja on leitud seoseid – mida vähem personali, seda rohkem kasutatakse ohjeldusmeetmeid (Bourbonniere jt 2003, Benbenbisthy jt 2010). Benbenbisthy jt (2010) poolt üheksa Euroopa riigi intensiivravi osakondades läbiviidud uuringu tulemused kinnitavad samuti eelpool öeldut: 34-s uurimuses osalenud intensiivravi osakonna 669-st patsiendist 566 puhul oli kasutatud kas füüsilist või keemilist ohjeldamist või mõlemat. Füüsilist ohjeldamist oli kasutatud 33% patsientide puhul, kusjuures füüsilise ohjeldamise levimus osakonniti varieerus 0%-st kuni 100%-ni. Uurijad

leidsid, et füüsiliselt ohjeldatud patsiendid olid rohkem kunstlikul ventilatsioonil, sedateeritud, need osakonnad olid suuremad ja õde/patsiendi suhtarv oli madalam kui osakondades, kus füüsilist ohjeldamist ei kasutatud või kasutati vähe. (Benbenbisthy jt 2010.)

Ohjeldamise kasutamist või mittekasutamist on muuhulgas seostatud ka õdede suhtumisega ohjeldamisse ja siin on leitud märkimisväärseid erinevusi erinevate riikide õdede hoiakutes (Hamers jt 2009). Samuti on leitud, et mida vähem on arstidel teadmisi ohjeldamise kohta ning mida väiksem töökogemus, seda meelsamini annavad nad korralduse patsiendi ohjeldamiseks (Sandhu jt 2010).

## 4. OHJELDAMISE PÕHJUSED JA TAGAJÄRJED

### 4.1. Ohjeldamise põhjused

Ohjeldamise põhjuste väljaselgitamine on oluline alternatiivsete tegevuste aspektist, sest mõnikord on parim alternatiiv ohjeldamisele kõrvaldada olukord või tegur, mis põhjustas ohjeldamise. Ohjeldamise põhjused tervishoiuasutustes on erinevad ja sõltuvad patsientide tervisehäiretest. Avaldatud uurimuste põhjal on põhjuste loetelu mitmekesine ja sageli võib olla mitu põhjust koos. Käesoleva magistritöö raames ohjeldamise põhjuste kohta läbiviidud uurimustega tutvudes moodustus viis gruppi ohjeldamise põhjuseid. Ohjeldamise põhjusi uurinud autorid on leidnud, et sageli esines koos mitu põhjust. Samas on leitud (Benbenbisthy jt 2010, Keski-Valtamaa jt 2010), et tuleb ette ohjeldamisi, kus põhjus ei selgugi.

- 1) Organisatsioonilised põhjused – personali vähesus ja suur töökoormus (Evans ja Fitzgerald 2002, Lai 2007, Benbenbisthy jt 2010, Lane ja Harrington 2011), juhtkonna toetuse puudumine (Lai 2007).
- 2) Personalist tulenevad põhjused – õdede mugavuse tagamine ja patsientide karistamine halva käitumise eest (Evans ja Fitzgerald 2002); personali vähesed teadmised ja uskumused, et ohjeldamine on ainus turvalisuse tagamise võimalus (Suen jt 2006); abipersonal (McCabe jt 2011) ja väiksema kliinilise kogemusega personal kasutab ohjeldamist rohkem (Saarnio jt 2008, Sandhu jt 2010); arvamused, et ohjeldamisele ei ole muid alternatiive (Suen jt 2006, Bigwood ja Crove 2008).
- 3) Meditsiinilised põhjused – ravimite manustamiseks ja ravimise eemärgil paigaldatud abivahendite (kanüülid, sondid jms) tahtliku või tahtmatu eemaldamise takistamine (Evans ja Fitzgerald 2002, Benbenbisthy jt 2010), ekstubeerimise vältimine (Hofse ja Coyer 2007, Benbenbisthy jt 2010), ärevus (Hofse ja Coyer 2007, Benbenbisthy jt 2010, Keski-Valtamaa jt 2010), desorienteeritus (Evans ja Fitzgerald 2002, Keski-Valtamaa jt 2010), deliirium (Hofse ja Coyer 2007, Benbenbisthy jt 2010), keha toestamine (Evans ja Fitzgerald 2002).
- 4) Patsiendist tingitud põhjused – kukkumise ja vigastuste vältimine, ekslemise/kadumise (*wandering*) vältimine (Evans ja Fitzgerald 2002, Hamers jt 2005, Lai 2007), agressiivse ja vägivaldse käitumise ennetamine või mahasurumine (Keski-Valtamaa jt 2010, Kontio jt 2010), autoagressiivsuse või suitsiidi takistamiseks (Mohr 2010).

- 5) Muud põhjused – üldise kontrolli saavutamine osakonnas patsientide üle (Evans ja Fitzgerald 2002); teiste patsientide rahu ja mugavuse tagamiseks (Evans ja Fitzgerald 2002); üldise turvalisuse tagamine (Lane ja Harrington 2011, Perkins jt 2012) ja riski vältimine osakonnas (Perkins jt 2012).

Millised on aga kõige levinumad põhjused, on keeruline öelda ja autori hinnangul sõltuvad need eelkõige tervishoiuasutuse spetsiifikast. Ehkki võib eeldada, et psühhiaatriahaiglates on levinuim põhjus patsientide ohjeldamiseks patsientide vägivaldne käitumine, selgus Keski-Valtamaa jt (2010) uurimusest et ka Soome psühhiaatriahaiglates on levinuim ohjeldamise põhjus patsientide agiteeritus ja desorienteeritus, teisel kohal vägivaldne käitumine ning kolmandal kohal olid ohjeldamised, mille põhjused ei selgunud. Samas USA ja Ühendkuningriigi psühhiaatriahaiglates on ohjeldamise peamise põhjusena välja toodud siiski patsientide vägivaldne käitumine või ohjeldamine seetõttu, et ennetada vägivallaakti. Intensiivravi osakondades on ohjeldamise esimese ja teise põhjusena välja toodud patsiendi agiteeritus ja deliirium (Hofse ja Coyer 2007, Benbenbisthy jt 2010) ja kolmandana ekstubeerimise oht.

#### **4.2. Ohjeldamise tagajärjed**

Kuigi ohjeldamine on tervishoiutöötajate hinnangul käepärane ja toimiv meetod patsientide turvalisuse tagamiseks, on käesolevaks ajaks tõendatud osade ohjeldamise liikide kasutamise ohud. Samuti on leitud, et ohjeldamise oodatav tulemus (patsientide turvalisus) ei ole tagatud. Tõestatud on, et ohjeldusmeetmete kasutamine paljudel juhtudel ei enneta näiteks vanurite kukkumisi (Gallinagh jt 2002, Hamers jt 2004, Capezuti jt 2007) ning samal ajal põhjustab patsientidele ebamugavust ja tundeid nagu oleks personal nende suhtes ükskõikne ja hoolimatu (Gallinagh jt 2001).

Mehaanilise ja füüsilise ohjeldamise tagajärgede kohta ongi kõige rohkem uurimusi tehtud. USA hooldekodudes 2004. aastal läbiviidud uurimuses leiti, et dementsusega patsientidel, kes olid mehaaniliselt kehast ohjeldatud (*trunk restraint*), oli märkimisväärselt kõrgem risk kukkuda ja saada luumurdusid (Luo jt 2011). Erinevates uurimustes (Paterson jt 2003, Evans jt 2003, Williams 2009) ja riiklike järelvalve organisatsioonide raportites on leitud, et füüsiliste ja mehaaniliste ohjeldusmeetmete kasutamine on põhjustanud raskeid vigastusi, kukkumisi ja surmasid. Miles ja Irvine (1992) analüüsisid retrospektiivselt 122 surmahetkel ohjeldatud patsiendi haiguslugusid ja leidsid, et 1000-st surmast hooldekodus või hooldushaiglas 1 surm on põhjustatud patsiendi ohjeldamisest. Müncheni Kohtumeditiini Instituudi 1997–2010 teostatud

27 353 lahangust tuvastati 22 patsiendi surma põhjusena ohjeldamine – 11 juhul oli surma põhjuseks strangulatsioon, 8 juhul rindkere kompressioon ja 3 juhul pea alla asendisse rippuma jäämine. Seega oli kasutatud valesid ohjeldamise võtteid ja puudus adekvaatne järelevalve ohjeldatud patsientide üle. (Berzlanovich jt 2012.) Capezuti jt (2007) andmetel raporteeriti USA-s aastatel 1985-2006 riiklikele organisatsioonidele nagu FDA (*the U.S. Food and Drug Administration*) ja JCAHCO (*Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations*) 691 juhtu, kus voodivõred osutasid patsientidele ohtlikuks ning 431 neist ohujuhtumitest lõppesid patsiendi surmaga.

Ohjeldamisega seotud surmajuhte uurinud Paterson jt (2003) toovad välja riskifaktorid, mille puhul suureneb ohjeldamise käigus surma oht märgatavalt. Need on: 1) ülekaalulisus; 2) pikaajaline füüsiline võitlus (rabelemine, rüselemine); 3) kehaline haigus; 4) äge psüühikahäire; 5) narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamine; 6) manustatud ravimid ja 7) ohjeldusmeetmed, mis takistavad vaba hingamist. Williams ja Grosset (2011) hinnangul on kõige ohtlikum füüsilise ohjeldamise meede patsiendi põrandale kõhuli lamama panek (*prone restraint*). See meede on levinud Paterson jt (2003) andmetel eriti Ühendkuningriigis intellektipuuetega patsientide erihooldekodudes.

Evans jt (2003) jagavad ohjeldamise käigus saadud vigastused otsesteks (nt nahakahjustused, luumurrud, asfüksia) ja kaudseteks, kuid leiavad, et informatsiooni ohjeldamise tüsistuste kohta on vähe, neid on vähe uuritud ja püsib kahtlus, et vigastused ja tüsistused on alaraporteeritud. Leitud on, et haiglas ohjeldatud patsientide puhul pikenes nende haiglas viibimise aeg, ohjeldatud patsientide suremus oli suurem, suurenes nosokoniaalsete infektsioonide esinemise sagedus, patsientide elutahe tõenäoliselt vähenes ning vähenes motiveeritus minna kodusele ravile. Hooldekodudes ohjeldatud patsientide puhul leiti, et suurenes nende ärevus ja alanes kognitiivne võimekus, muutus sotsiaalne käitumine ja vähenes liikumine. (Evans jt 2003.)

Ohjeldamise tagajärgi ja tüsistusi kirjeldavate allikate autorid on enamasti ühel meelel selles, et ohjeldamisega seotud surmasid tuleb käsitleda komplekselt ja ei saa alati väita, et patsiendi surm on tingitud ohjeldamisest. Küll aga on osad ohjeldamiseks kasutatavad meetmed ohuks patsiendi elule ning alati tuleb arvestada patsiendi tervises seisundit. Mohr jt (2003) leidsid kaheksa kõige levinumat tüsistust, mida saab seostada ohjeldamisega: 1) asfüksia (kirjanduses sageli ka mõiste *restraint asphyxia*), millega on seostatud surmasid vanglameditsiinis ja erakorralise meditsiini osakondades; 2) aspiratsiooni tagajärjel tekkinud asfüksia, kopsuturse või kopsupõletik; 3) rindkere löögitraumadest tingitud südamepõrutus ja rütmihäired; 4) katehoolamiinide järsk tõus organismis, mis võib viia rütmihäirete tekkeni; 5) psühhotroopse



medikatsiooni kõrvaltoimed, üledoseerimised ja kahjulikud koostoimed; 6) rabdomüolooos (eriti alkohoolikutest patsientidel); 7) tromboos (kopsu trombemboolia, tromboflebiit); 8) psühholoogilised üleelamised (patsient võib ohjeldamist tajuda vägivallana ja karistusena). Samas tuleb tunnistada, et eelpooltoodud autorite loetelu põhineb kirjandusallikatel, kus loetletud ohtusid või tüsistusi on esinenud, kuid põhjalikke uurimusi ei ole teostatud või tulemused ei ole üldistatavad. Samale järeldusele jõudis ka Zun (2003), kes kirjeldas USA erakorralise meditsiini osakonna ohjeldatud patsientidel esinenud ohjeldamise tüsistusi. Zuni (2003) uurimuses saadi tüsistusteks 7% ohjeldamise juhtudest (n=304) ja tüsistustena toodi välja voodist väljapääsemine, oksendamine, enesevigastamine, teiste vigastamine jms.

Lisaks kehalistele vigastustele on uuritud ohjeldamise mõju patsientide psüühikale. Need uurimused on kvalitatiivsed ja kirjeldavad patsientide tundeid, arvamusi ja hinnanguid (Bonner jt 2002, Wong ja Chien 2005 Jones ja Kroese 2006, Strout 2010) Kõigis tulemustes domineerib ohjeldamise negatiivne psühholoogiline mõju patsientidele. Ehkki patsientide poolt oli esitatud ka positiivseid tundeid nagu kaitstus (Jones ja Kroese 2006), turvalisus ning abi saamise tunne seoses ohjeldamisega (Wong ja Chien 2005), domineerisid valdavalt negatiivsed kogemused ja tunded (vt tabel 2). Füüsiline ja mehaaniline ohjeldamine on põhjustanud neil patsientidel, kellel anamneesis vägivallakogemused ja kuriteoohvriks olemine, retraumatisatsiooni (Gallop jt 1999), patsiendid tajuvad ohjeldamist ebaeetilise tegevusena personali poolt (Johnson 1998, Strout 2010). Hingeliste kannatuste ja distressi teket on kirjeldanud kõik ohjeldatud patsiendid.

***Tabel 2. Ohjeldamise sagedasemad ebasoovitavad tagajärjed patsientidel.***

<b>Kehalised (füüsilised)</b>	<b>Füsioloogilised</b>	<b>Psühholoogilised</b>	<b>Käitumuslikud</b>
Naha- ja pehmete kudede kahjustused	Ortostaatiline hüpotensioon	Alandustunne, viha, hirm	Isoleerumine
Kukkumised ja luumurrud	Kõhukinnisus, inkontinentsus	Depressiivsus, emotsionaalne isoleeritus, kurbus	Viha väljanäitamine
Asfüksia	Südame rütmihäired	Enesemääramisõiguse kaotamine	Provotseeriv käitumine

Kui eeldada, et ohjeldamise tulemusena tagatakse patsiendi turvalisus ja kontroll tema käitumise üle, peaksid õed olema rakendatud meetmetega rahul. Kahjuks aga kinnitavad erinevad uurimused vastupidiseid tulemusi ja on leitud et patsientide ohjeldamine tekitab õdedele mitmesuguseid erinevaid, valdavalt negatiivseid tundeid ja mõtteid (Lee jt 2003, Lai 2007, Chuang ja Huang 2007, Bigwood ja Grove 2008). Ohjeldamise puhul on tegemist sekkumisega,

mis oma olemuselt ongi vastuoluline – ohjeldamist kasutatakse seetõttu, et kaitsta patsienti, kuid meetmed, mille abil väidetav kaitse teostatakse, on oma olemuselt vägivaldsed, sunniviisilised ja piiravad ning paljudel juhtudel käsitletakse neid kui patsientide ahistamist ja enesemääramisõiguse piiramist. Bonner jt (2002) leiavad, et ohjeldamine tekitab hingelise trauma kõigile – nii patsientidele kui ka personalile. Lai (2007) küsib isegi seda, kas ei ole õed mitte süsteemi ohvrid, kuna hoolimata inadekvaatsetest ja ambivalentsetest tunnetest seoses patsientide ohjeldamisega kavatsevad nad patsientide ohjeldamist jätkata. Goethals jt (2012) väidavad, tuginedes kvalitatiivsete uurimuste tulemuste sünteesile, et ohjeldamisotsuse vastuvõtmine õdede poolt sõltub väga palju olukorrast ja õe enda eetilistest hoiakutest. Suen jt (2006) järeldavad, et personalil on sageli ohjeldamisest inadekvaatsed teadmised ja uskumused, et häid alternatiive ei ole ja alahinnatakse ohjeldamise tagajärgi patsientidele ning ohjeldamist peetakse sageli ainsaks võimaluseks patsientide turvalisuse tagamiseks.

Lisaks emotsionaalsele distressile on ohjeldusmeetmete kasutamine patsientide agressiivse käitumise kontrolli alla saamiseks personalile füüsiliselt ohtlik. Kehaliste vigastuste saamise tõenäosus personalil on kõige suurem füüsilisi ohjeldusmeetmeid kasutades (Lee jt 2003, Lancaster jt 2008, Stubbs 2009). Võrreldes füüsilisel ohjeldamisel saadud vigastusi nii patsientidel kui personalil, sai personal rohkem vigastusi ning saadud vigastused olid raskemad (Lee jt 2003, Lancaster jt 2008).

## 5. OHJELDAMISE VÄLTIMISE VÕIMALUSED

Ohjeldamise teemat käsitlevates artiklites on üks ühine arvamus – ohjeldamisi haiglates ja õenduskodudes tuleb vähendada. Levimas on ohjeldamisvaba hoolduse (*restraint-free care*) liikumine – seda eelkõige õenduskodudes ja kvaliteetsed uurimused ohjeldamise vähendamise programmide tulemuslikkuse kohta ongi teostatud õenduskodudes. Aktiivravi haiglates randomiseeritud kontrollitud uurimusi ohjeldamise vähendamise kohta käesolevaks ajaks tehtud ei ole. Küll aga on aktiivravi haiglates kirjeldatud vajadust vähendada ohjeldamisi erinevates ülevaate- ja arvamusartiklites (Bray 2004, Hine 2007, Janelli jt 2006). Autorid on rõhutanud teema olulisust ja kutsuvad üles tegema uurimusi ohjeldamist vähendavate sekkumiste tulemuslikkuse kohta ja avaldama kvaliteetseid juhtumiraporteid.

Tulemused ohjeldamise vähendamise osas on vastuolulised, näiteks osad viitavad sellele, et mida rohkem ohjeldamise erinevatest tahkudest õed teavad, seda vähem kasutatakse mehaanilist ja füüsilist ohjeldamist ja seda rohkem püütakse leida alternatiive (Yeh jt 2004, Suen jt 2006). Samas on õdede hulgas üpris levinud arusaam ja hoiak, et ohjeldamisele ei ole häid ja toimivaid alternatiive ning ohjeldamine on üks levinumaid võimalusi patsiendi turvalisuse tagamiseks (Suen jt 2006, Bigwood ja Grove 2008). Wynn (2003), uurides töötajate suhtumist ohjeldamisse leidis, et haridustase ei muuda suhtumist ohjeldamisse, kuid leiab siiski, et töötajate informeerimine ja koolitamine on äärmiselt oluline. Läbi õdede koolitamise on saavutatud häid tulemusi ohjeldamise vähendamise osas USA-s (Evans jt 1997), kuid samadel põhimõtetel läbiviidud spetsiaalsed koolitusprogrammid ohjeldamise vähendamiseks ei ole tulemusi andnud Hollandis (Huizing jt 2009). Hamers jt (2009) leiavad, et ohjeldamise vähendamisega tegeledes tuleb arvestada selle riigi kultuurilisse keskkonda kohandatud sekkumistega. Eakate ravis on uuritud võimalust ennetada ohjeldamist seeläbi, et vaimsete probleemide olemasolul või ilmnemisel kaasataks kohe psühhogeriaatriline meeskond. Paraku leidsid Kotynia-English jt (2005) et vaimse tervise seisundi pidev jälgimine ja muutuste korral kohese psühhogeriaatrilise meeskonna abi pakkumine ei vähendanud meditsiinilise abi kontaktide arvu, ei tõstnud patsientide enda hinnangut oma tervisele, ei vähendanud psühhotroopset medikatsiooni ja ohjeldamiste arvu, ei muutunud suremusnäitajaid ega parandanud vaimse tervise tulemusnäitajad. Seega on otstarbekas käsitleda ohjeldamise vähendamise võimalusi komplekssemalt ja mitte loota ainult ühele sekkumisele – näiteks õdede koolitamisele või koosseisu suurendamisele vms. Kuigi mitmetes uurimustes on põhjustena välja toodud õdede suur töökoormus ja personali nappus (Lai 2007, Benbenbisthy jt 2010), ei ole piisavalt kinnitust

selle kohta, et rohkem personali hoiaks ära patsientide ohjeldamisi. Samuti on CPT oma üldaruandes (CPT...2006) rõhutanud, et tuues psühhiaatriaiglates ohjeldamise põhjustena välja personali nappuse, on see ebakohane, kuna korrektne ja nõuetele vastav ohjeldamine nõuab rohkem personali. Uurimustes, kus püüti välja selgitada, mis aitaks õdedel ohjeldamist mitte kasutada või vähendada, toodi välja selliseid tegevusi nagu organisatsiooniline tugi, piisav personaliga mehitatus ja hea koostöö patsientide lähedastega ja kolleegidega (Janelli jt 2006, Gerolamo 2006, Lai 2007).

## **6. METOODIKA JA TEOSTUS**

### **6.1. Metoodika valiku põhjendus**

Tutvudes erinevate kirjanduse ülevaate metooditega sai uurimismeetodiks valitud integreeriv kirjanduse ülevaate meetod, tuginedes Whitemore (2005) ja Whitemore ja Knafl (2005) avaldatud metodoloogilistele artiklitele ja nimetatud autorite artiklites viidatud allikatele, näiteks Broome (1993). Valitud metoodika võimaldas kaasata eksperimentaalseid ja mitteeksperimentaalseid uurimusi, sh ka kirjanduse ülevaateid ning juhtumiraporteid. Integreeriv kirjanduse ülevaade võimaldab kokku võtta varasemat empiirilist ja teoreetilist informatsiooni ja selle põhjal saada laiahaardelisem arusaamine nähtusest. Integreeriv kirjanduse ülevaade võimaldab kujundada edasisi õendusuringuid sama nähtuse kohta. (Whitemore ja Knafl 2005.) Ehkki metoodika puudusena on välja toodud erinevate meetoditega tehtud tööde tulemuste kombineerimise keerukust, mis võib viia tulemuste täpsuse puudulikkuseni, vigadeni ja kallutatuseni, on võimalik neid toodud ohtusid vähendada ja vältida. Whitemore ja Knafl (2005) väidavad, et kõige tähtsam on täpne ja arusaadav andmete analüüsimise strateegia kirjeldamine. Käesoleva töö jaoks ei õnnestunud leida piisavalt individuaaluurimusi, mille tulemusi oleks olnud võimalik analüüsida kvantitatiivsel (meta-analüüsi) meetodil, seega analüüsitav materjal oli erinevate ohjeldamist vähendavate või ennetavate ja ohjeldamise alternatiivina esitletud abinõude loetelud ja kirjeldused.

### **6.2. Probleemi identifitseerimine**

Patsientide ohjeldamine tervishoiu- ja hooldusasutustes on levinud. Käesolevaks ajaks on ohjeldamise kasutamise negatiivsed tagajärjed tõendatud ja tungivalt soovitakse ja soovitatakse ohjeldusmeetmete kasutamist patsientide puhul vältida ja vähendada. Probleemiks on jätkuvalt ohjeldamisele alternatiivsete tegevuste kohta oleva teabe killustatus. Lisaks olemasoleva teabe killustatusele on sageli ka tõendamata ohjeldamise alternatiivina kasutatud abinõu(-de) tulemuslikkus, mis on edaspidi uurimist vajav valdkond. Eestis ei ole ohjeldamise teemal uurimusi tehtud ning nähtuse uurimist on otstarbekas alustada olemasoleva kirjanduse analüüsiga. Autorile teadaolevalt ei saa ohjeldamist ja alternatiivseid abinõusid ohjeldamisele käsitleda kitsalt spetsiifilise kliinilise probleemina eelkõige nähtuse äärmise mitmekülgsuse ja defineerimisega seotud probleemide tõttu ning kokku tuleb võtta uurimistulemusi nii alternatiivide kohta kui ka uurimusi, mis on saanud erinevate ohjeldusmeetmete kasutamise vähendamise programmide kohta ning kombineerida erinevate meetoditega tehtud uurimusi.

### 6.3. Kirjanduse otsing ja selekteerimine

Kirjanduse otsingu ja selekteerimise protsess integreeriva kirjanduse ülevaate puhul on sarnane kõigi kirjanduse ülevaadetega, seega sai käesoleva magistritöö otsingustrateegia väljatöötamisel ning analüüsitavate artiklite väljaselekteerimisel järgitud kirjanduse ülevaate koostamise juhendit *CRD`s guidance for undertaking reviews in health care* (Centre for Reviews...2009). Esimese etapina otsiti otsingustrateegia kujundamiseks ohjeldamise teemadel tehtud süstemaatilisi ülevaateid ja kirjanduse ülevaateid andmebaasist *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (otsingusõna *restrain\**, leiti 104 artiklit). Uuritava materjali leidmiseks tehti otsing augustis–septembris 2011 andmebaasides MEDLINE, The Cochrane Library ja Science Direct ja korrati (kontrolliti) 01.–31.05.2012. Kordusotsingul lisandus neli kaasatud uurimust (Zwijssen jt 2012, Köpke jt 2011, Koczy jt 2011, Möhler jt 2011).

Otsingusõnad ja nende kombinatsioonid ning otsingu piirangud valiti erinevate otsingustrateegiate läbiproovimisel. Otsingusõnad ja nende omavahelised kombinatsioonid olid: „*restraint\**“, „*physical restraint\**“ AND „*alternative\**“, AND „*alternative interventions*“ AND „*acute care or active care*“, AND „*reducing or reduction*“, AND „*restraint-free*“, AND „*minimization or minimising*“ AND „*decrease\**“. Otsingustrateegiad andmebaaside kaupa on esitatud lisas 2. Allikatele ei seatud ajalist piirangut, kuna ohjeldamise vähendamise vajadust on põhjalikumalt uurima hakatud eelmise sajandi 90-ndate lõpust. Otsingutulemused andmebaaside kaupa on esitatud tabelis 3.

**Tabel 3. Kirjanduse otsingu tulemused andmebaaside kaupa.**

Andmebaas	Otsingu aeg	Leitud allikate arv
Medline (Ovid SP)	01–07.05.2012	468
ScienceDirect	08–15.05 2012	321
Cochrane (Ovid SP)	16–24.05.2012	243
		<b>1032</b>

Otsingutulemusena saadud artiklid selekteeriti vastavalt alljärgnevatele valikukriteeriumidele:

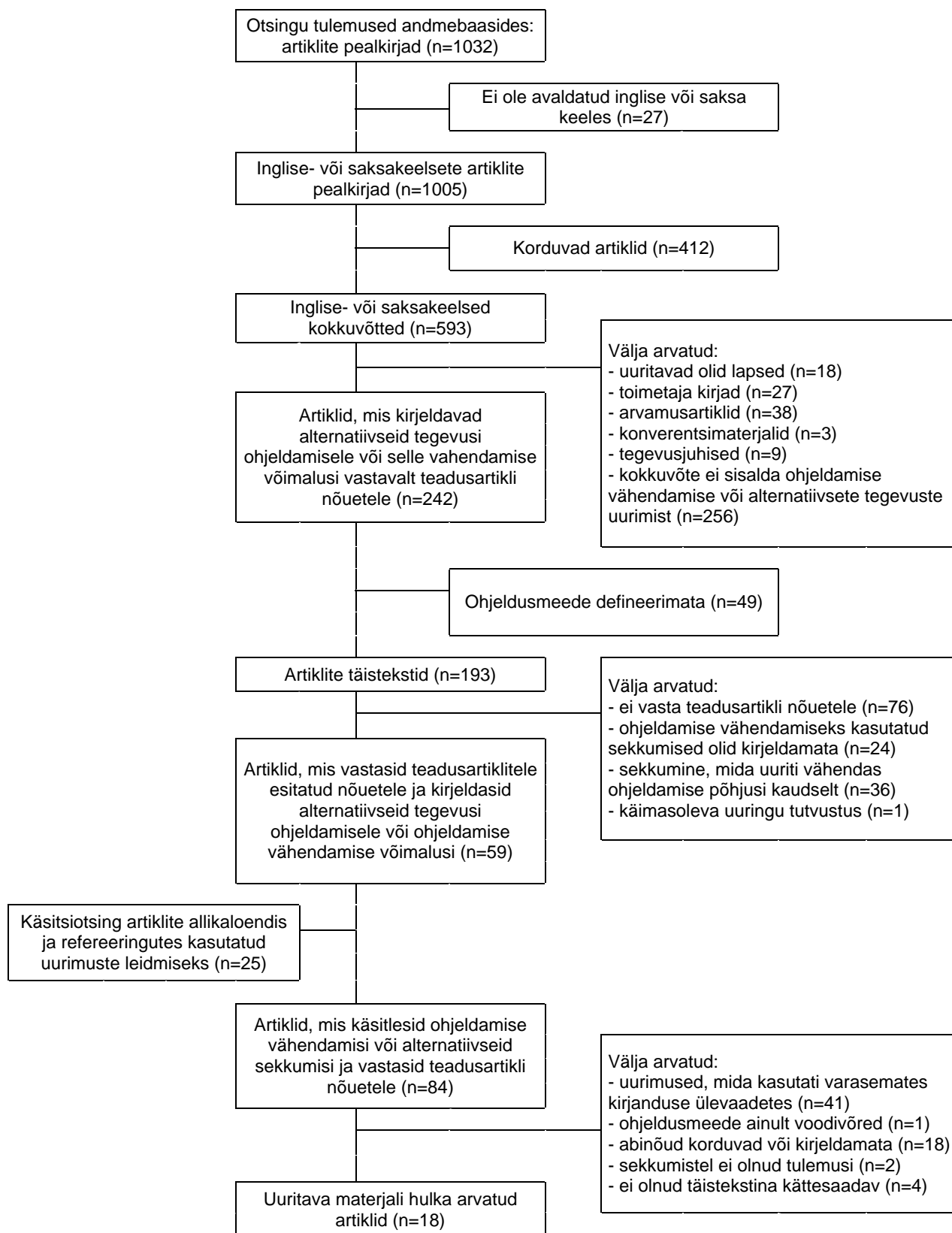
- 1) artikkel oli kas inglise või saksa keeles;
- 2) uurimistöö ülevaade (nii empiirilised kui teoreetilised);
- 3) käsitleb alternatiivseid sekkumisi ohjeldamisele või ohjeldamise vähendamise või ennetamise võimalusi;
- 4) artikkel vastab teadusartiklile esitatud nõuetele (vt lisa 3–5).

Kaasati uurimused, mis käsitlesid ohjeldamise ennetamisi, vähendamisi või alternatiivseid tegevusi ohjeldamisele haiglates ja eakate hoolde- ja õenduskodudes.

Allikate valik algas pealkirjade lugemisega (vt joonis 2). Välja jäeti allikad, mis ei olnud inglise või saksa keeles ( $n=27$ ) ja korduvad artiklid ( $n=412$ ). Peale kokkuvõtete ( $n=593$ ) lugemist jäeti välja artiklid, mis käsitlesid laste või noorukite ohjeldamist ( $n=18$ ), väljaande toimetajate kirjad ( $n=27$ ), arvamuskirjed teema kohta ( $n=38$ ), konverentside posterettekannete materjalid ( $n=3$ ), tegevusjuhised, kus puudusid viited algallikatele ( $n=9$ ), uurimused, mille eesmärgiks ei olnud uurida ohjeldamise vähendamist ja/või sekkumisi, mis oleksid alternatiiviks erinevate ohjeldusmeetmete kasutamisele ( $n=256$ ). Kokkuvõtete põhjal valiti välja artiklid, mis põhinesid uurimistöö (sealhulgas ka kirjanduse ülevaated) ja juhtumiraportid ( $n=242$ ). Pärast täistekstide otsingut välistati veel 49 artiklit, milles uuritud ohjeldusmeede ei selgunud või oli meede defineerimata või oli tegemist üksikjuhtumi kirjeldamisega. 193 artikli täisteksti loeti läbi ja arvati välja artiklid, mis ei vastanud teadusartikli nõuetele ( $n=76$ ), ohjeldamise vähendamiseks kasutatud abinõud olid kirjeldamata ( $n=24$ ); sekkumine, mida uuriti, vähendas ohjeldamise põhjuseid kaudselt ( $n=35$ ) ja 1 artikkel oli uurimistöö projekt ( $n=1$ ). Seega vastas selles etapis kaasamiskriteeriumidele 59 artiklit. 59-st artiklist 4 olid süstemaatilised kirjanduse ülevaated ja need otsustati käesolevasse magistr töösesse kaasata, kuna nende tööde autorid olid analüüsinud 41 uurimust (vt lisa 6), millest osad ( $n=25$ ) olid selles etapis magistr töö jaoks valitud. Seega jäi analüüsitavaks materjaliks 12 artiklit. Seejärel teostati käsitsiotsing artiklite allikaloendite ja refereeringute põhjal, et kaasata uurimusi, mida varasemates ohjeldamise vähendamise alastes kirjanduse ülevaates ei olnud kasutatud (kokku lisandus neid 25), kuna osad neist olid avaldatud hiljem (Kozy jt 2011, Lai jt 2011, Borckardt jt 2011, Köpke jt 2012) ja osad neist ei tulnud süstemaatilise otsinguga välja (nt Amato jt 2006, Ralphs-Thibodeau jt 2006, Capezuti jt 2007, Bryant ja Fernaldt 1997). Käsitsiotsingu tulemusena leitud 25 artiklist osad ei olnud täistekstina kättesaadavad ( $n=4$ ) ja ühe randomiseeritud kontrollitud uurimuse (Kotynia-Englsh jt 2005) eesmärgiks oli varase psühhiaatrilise sekkumise tulemuste hindamine ja teine uurimus (Ralphs-Thibodeau jt 2006) ei esitlenud oma töö tulemusi, kuna autorid leidsid metodoloogilisi puudujääke ja ei kirjeldanud artiklis sekkumisi, mis peaksid vähendama ohjeldamisi. Seega

mõlemad allikad (n=2) arvati välja. Kotynia-English jt (2005) uurimuses olid küll sekkumised loetletud ja uurijad eeldasid, et need peaksid vähendama ohjeldamist, kuid tulemused seda ei kinnitanud ning loetletud sekkumised olid juba kaasatud töödes kirjeldatud. Pärast hindamist ja artiklite korduvat lugemist jäeti välja veel 15 artiklit (vt lisa 6), sest abinõud, mida ohjeldamise vähendamiseks kasutati, baseerusid samuti Joanna Briggsi Instituudi poolt soovitatul (lisa 1) ja sekkumise komponente (nt personali koolitamine) ei olnud kirjeldatud ja/või sekkumine ei andnud tulemusi. Seega moodustab käesoleva magistritöö uuritava materjali 18 artiklit, neist 4 kirjanduse ülevaadet ja 14 empiirilist uurimistööd.





**Joonis 2. Uuritava materjali selekteerimise etapid.**

#### 6.4. Andmete hindamine

Kuna kaasatud on nii teoreetilised kui empiirilised uurimused, tuli mõlema meetodiga tehtud uurimusi hinnata eraldi (Whittemore ja Knafl 2005). Uurimuste hindamiseks sai valitud erinevad skaalad vastavalt CRD juhiste (Centre for Reviews...2009). Skaalad valiti vastavalt Equator Network Resource Centre koduleheküljel toodud teadustööde esitamise juhisele (*Guidelines for Scientific Reporting*, edaspidi lühend GSR). Teoreetiliste uurimuste (kirjanduse ülevaadete) hindamiseks kasutati PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis*, edaspidi lühend PRISMA) kontrollloendit (Moher jt 2009), kvantitatiivsed uurimistööd hinnati STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*, edaspidi lühend STROBE) kontrollloendi järgi (Vandenbroucke jt 2007) ja kvalitatiivsete uurimuste hindamiseks kasutati COREQ:32 (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*, edaspidi lühend COREQ) kontrollloendit (Tong jt 2007).

Käesoleva uurimistöö uuritava materjali moodustab 18 artiklit vastavalt eespool kirjeldatud valikule. Kaasatud uurimuste metoodika oli varieeruv ja kvaliteet väga erinev. Kaasatud uurimuste hindamislehed on esitatud lisades 3–5 ja tunnused lisas 7. Hinnati artikleid, mitte originaaluurimusi. Whittemore (2005) soovib integreeriva kirjanduse ülevaate koostamisel vastavalt algallikate mitmekesisusele kaasatud uurimuste tulemused kodeerida, arvestades kahte relevantsuse kriteeriumi: 1) metodoloogiline või teoreetiline täpsus ja 2) tulemuste kõrge või madal relevantsus. Kuigi mitte ükski kaasatud artikkel ei täitnud kõiki kontrollloendites etteantud tingimusi ei metodoloogilise täpsuse ega tulemuste relevantsuse osas, ei jäetud neid välja, kuna magistr töö eesmärgiks oli kirjeldada võimalikult mitmekülgset ohjeldamise vältimise abinõusid. Abinõude efektiivsuse ja tulemuslikkuse hindamine ei olnud käesoleva töö eesmärk, kuid kõigis kaasatud uurimustes kirjeldatud abinõud vähendasid ohjeldamisi.

Kaasatud uurimustest kuus oli läbi viidud psühhiaatria haiglas. Aktiivravi haiglate kohta on üldse tehtud kõige vähem uurimusi ja pärast selektsiooni ja hindamist kaasati aktiivravis ohjeldamise vähendamise kohta tehtud kuus uurimust. Süstemaatilise otsingu tulemusena leiti ainult 11 allikat aktiivravi haiglate kohta, neist kolm oli kasutatud ühes kaasatud kirjanduse ülevaates (Evans jt 1997) ja kaks neist olid juhtumirapordid, milles ohjeldamist vähendavat abinõu ei kirjeldanud. Kaks uurimust kuuest oli läbi viidud taastusravihaiglas – ühes neist raviti patsiente, kes taastasid ajutraumast või peaju insuldist (Amato jt 2006), teises (Lai jt 2011) patsientide eelnevaid haigusi ei kirjeldatud. (Bryant ja Fernald (1997) uurimuses võrreldi nii aktiiv- kui hooldusravi osakondade õdede teadmisi ja tegevusi sekkumistest, mis on alternatiiviks ohjeldamisele. Mion jt (2001) uurimus oli läbi viidud suures USA aktiivravi haiglas, kus

intensiivravi osakondades statistiliselt olulist tulemust ohjeldamise vähendamise programm ei andnud, kuid positiivne tulemus saadi teraapilistes ja kirurgilistes osakondades. Amato jt (2006) ja Mion (2001) uurimused kirjeldasid mõlemad sarnast programmi (Mion oli ka Amato kaasautor 2006 avaldatud artiklis), kuid tulemused olid oluliselt erinevad ja uurimused olid läbi viidud erinevates osakondades – kui Mion (2001) ei saanud olulist tulemust ohjeldamise vähendamise programmi läbiviimisel intensiivravi ja aktiivravi osakondades, siis sama programm kvaliteedijuhtimise osana andis ühes osakonnas hiljem tulemuse, kusjuures tulemuslikuks osutunud osakonnas lisandus ka veel keskkondlik faktor. Liukkoneni ja Laitineni (1994) uurimus oli läbi viidud aktiivravis, kuid uuritav nähtus oli alternatiivid eakate patsientide ohjeldamisele.

Kaasatud kirjanduse ülevaadetes olid alguurimused samuti erinevatest tervishoiuasutustest: Evans jt (2002) kaasatud artiklid olid valdavalt õendushaiglatest ja -kodudest, aktiivravi käsitles ainult kolm allikat, Möhler jt (2011) uurimus oli õenduskodudest, Stewart jt (2009) ja Gaskin jt (2007) käsitlesid psühhiaatriaiglaid. Ohjeldamise alternatiive uuriti kokku kuues kaasatud allikas (lisa 7), kusjuures Liukkonen ja Laitinen (1994) ja Saarnio jt (2008) uurimustes kirjeldatud alternatiivsed tegevused ohjeldamisele olid sarnased. Saarnio jt (2008) olid kasutanud ankeeti, mis baseerus Liukkoneni ja Laitineni varasemas töös kasutatud ankeedile.

Enamus kaasatud allikatest käsitles ohjeldamise vähendamise võimalusi, üks (Downey jt 2007) uuris ohjeldamise levinuima põhjusena toodud ärevuse leevendamise võimalusi erakorralise meditsiini osakondades. Seega Downey jt (2007) töös toodud sekkumisi võib käsitleda ohjeldamise ennetamisena. Möhleri jt (2011) kirjanduse süstemaatilise ülevaate eesmärgiks oli hinnata ohjeldamise vähendamise ja ennetamise programmide efektiivsust, kuid ohjeldamise ennetamise programmide tulemuslikkuse kohta uuringud puudusid.

## **6.5. Andmete analüüsi meetod ja analüüsiprotsessi kirjeldus**

Käesoleva uurimistöö andmebaas on sõnaline ja moodustus erinevates artiklites kirjeldatud abinõudest, mida kasutati eesmärgiga kas vähendada patsientide ohjeldamiste arvu, ennetada ohjeldamisi või kasutada ohjeldamise asemel (alternatiiv ohjeldamisele). Integreeriva kirjanduse ülevaate andmeanalüüsi kohta puuduvad metodoloogilises kirjanduses täpsed standardid ja juhised (Broome 1993, Whittemore 2005), kuid Whittemore ja Knafl (2005) järgi peab integreeriva kirjanduse ülevaate meetodil tehtava töö andmeanalüüs toimuma etapiviisiliselt ja vastavat soovitusi analüüsimiseks täpselt järgiti.

1) Esimene andmeanalüüsi etapp oli andmete koondamine (*reduction*) erinevate metoodikatega tehtud alguurimuste tulemuste klassifitseerimise süsteemi kindlaksmääramiseks. Alguurimused klassifitseeriti järjestikku vastavalt Whittemore ja Knafli (2005) soovitusel, alustades kirjanduse ülevaadetest, seejärel kvalitatiivsete uurimuse eesmärgid ja tulemused, järgnesid eksperimentaalsete ning seejärel vaatlusuurimuste eesmärgid ja tulemused. Viimasena lisati tabelisse segameetodil tehtud uurimuse eesmärk ja tulemused (vt lisa7).

2) Teine andmeanalüüsi etapp oli alguurimustest välja võetud algandmete esitlemine (*display*). Whittemore ja Knafl (2005) pakuvad teises analüüsietapis andmete esitluseks välja mitmeid variante – mõistekaart, maatriks, graafik, tabel jms. Teine etapp Whittemore ja Knafl (2005) järgi on ettevalmistus algandmete võrdlemiseks. Andmed esitleti tabelina ning grupeeriti esialgu kolmes grupis: ohjeldamist vähendavad abinõud, ohjeldamise alternatiividena esitletud abinõud ja ühes uurimuses (Downey jt 2007) ohjeldamist ennetavad abinõud. Abinõud olid artiklites esitletud erinevas hulgas. Näiteks kui Stewart jt (2009) loetleb kolmkümmend tegevust, Gaskin jt (2007) seitseteist tegevust, siis Borkardt jt (2011), Lai jt (2011), Amato jt (2006), Mion jt (2001), Foster jt (1999) esitlesid ohjeldamise vähendamise spetsiaalseid programme, mis koosnesid ainult mõnest abinõust. Programmide komponendid olid kirjeldatud ja komponendid ühtisid mitmete teiste uurimuste tulemustena esitatud abinõudega. Seega tuli selles etapis grupeerida alguurimustes detailsena esitletud samasisulised abinõud. Selles etapis moodustus kuusteist ohjeldamist vähendavat abinõud, neli ohjeldamise alternatiivina esitatud abinõude gruppi ja kolm ohjeldamist ennetavat abinõud (kokku kakskümmend kolm gruppi abinõusid).

**Tabel 4. Näide abinõude alagruppide moodustamise kohta.**

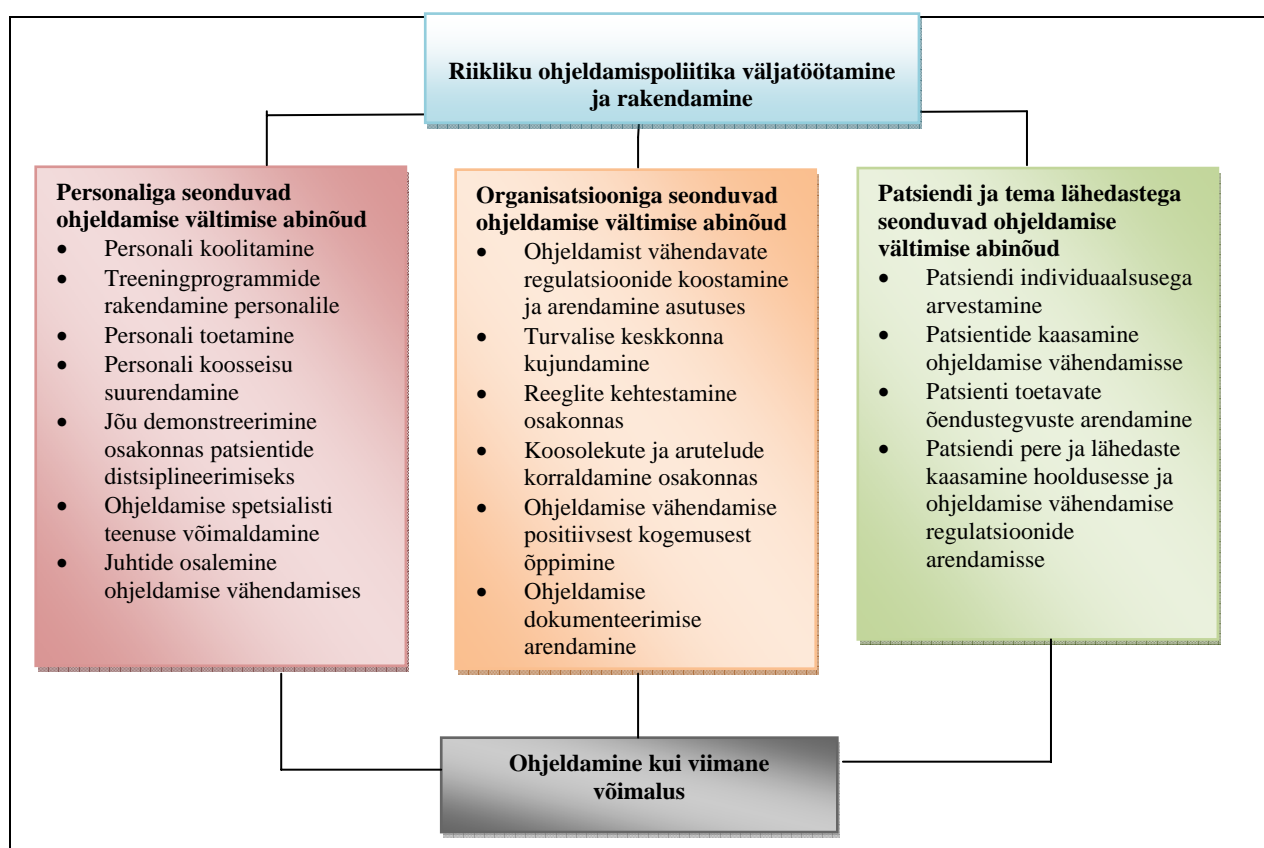
Abinõu nimetus artiklist	Grupp
Evans jt (2002) Ohjeldamisalane koolitamine	Personali koolitamine
Möhler jt (2011) Erineva sisu ja pikkusega koolitusprogrammid personalile	
Gaskin jt (2007) personali koolitamine	
Stewart (2009) personali koolitamine	
Koczy jt (2011) koolitusprogramm personalile ohjeldamise põhjustest, tagajärgedest ja alternatiividest ja iseseisvast õppimisest ja kolleegide õpetamisest	
Amato jt (2006) personali hariduslik programm ohjeldamise temadel	
Mion (2001) personalikoolitus	
Lai jt (2011) personali koolitusprogramm ohjeldamise temadel	

3) Kolmas andmeanalüüsi etapp Whittemore ja Knafl (2005) järgi on esitlustabelite võrdlemine (*comparison*). Alguurimuste tulemusi võrreldi pärast grupeerimist. Vigade vältimiseks lasti alagruppe hinnata eksperdil. Konsensuse tulemusena jäeti välja kaks algallikates ohjeldamise vältimisena esitatud abinõud, mis oma sisult võis olla ohjeldamine (patsiendile sobiva medikatsiooni määramine, ohjeldamisel vähempiirava meetmega alustamine). Selgus, et alguurimuse eesmärgist sõltumata paljud abinõud kattusid, seega sai abinõusid veelkord koondada ja välja jätta kolmene jaotus (vähendav, alternatiivne või ennetav sekkumine). Seega saab käsitleda abinõusid ohjeldamist vältivatena ja neid ei ole võimalik jagada ennetavateks, vähendavateks või alternatiivseteks. Kokku sai kaheksateist ohjeldamist vältivat abinõude alagruppi, mida oli omakorda võimalik koondada kolme peagruppi (vt lisa 8). Eraldi jäi kahes algallikas ohjeldamist vähendava abinõuna esitatud riikliku ohjeldamispoliitika väljatöötamine ja rakendamine. Erisusi, sarnasusi, andmete koondamisi ja loogilise ahela koostamist ohjeldamise vältimise abinõude kohta käsitletakse magistritöö tulemuste ja arutelu osas.

## 7. TULEMUSED

### 7.1. Ohjeldamise vältimise eeltingimused, abinõud ja ohjeldamine kui viimane võimalus

Süsteemaatilise otsingu tulemusena kaasatud 18 teadusartikli tulemuste analüüsil moodustus 18 alagruppi ohjeldamisi vältivaid abinõusid. Saadud 18 alagruppi oli võimalik koondada kolme peagruppi (vt lisa 8 ja joonis 3). Magistritöö tulemuseks on ülevaade ohjeldamise vältimiseks sobivate abinõudest ja ohjeldamise olemusest, põhjustest ja tagajärgedest.

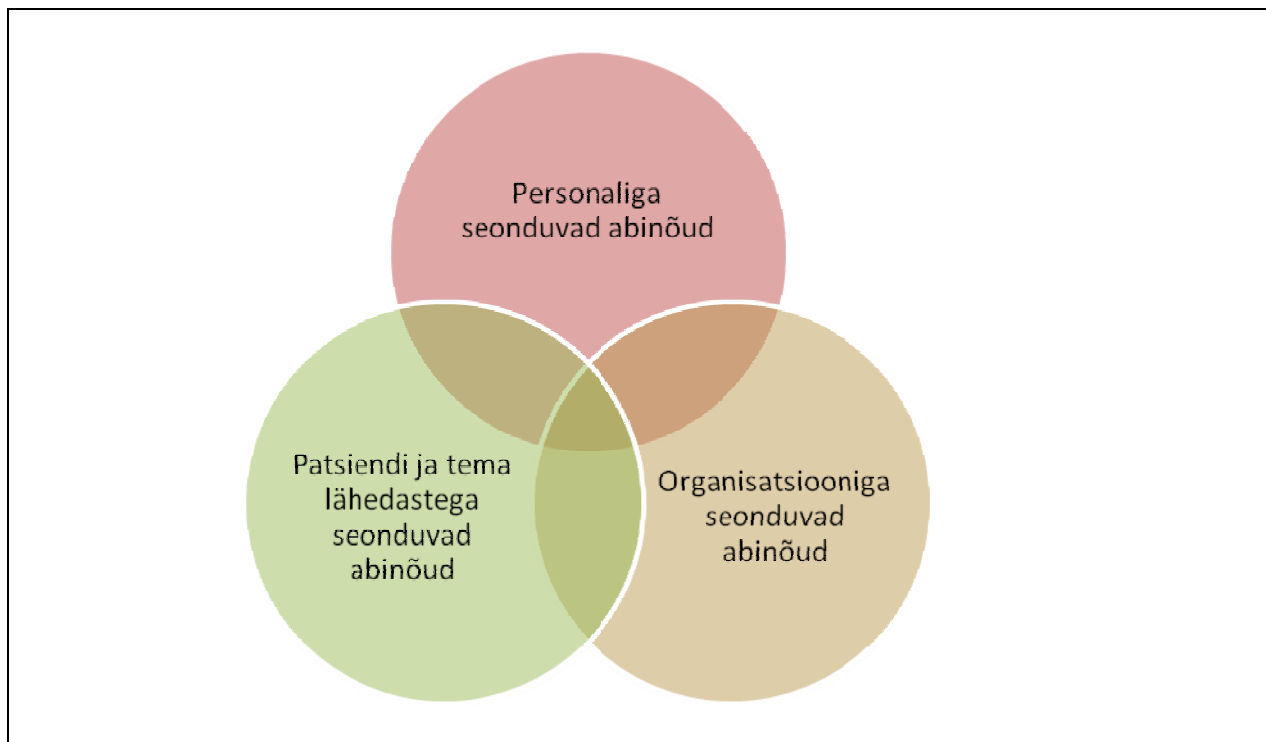


*Joonis 3. Ohjeldamise vältimise eeltingimused, abinõud ja ohjeldamine kui viimane võimalus.*

Lisas 8 esitatud abinõude hulgas on eraldi esitatud „Riikliku ohjeldamispoliitika väljatöötamine ja rakendamine“, mida käsitleti kahes uurimuses ohjeldamist vähendava abinõuna. Riikliku ohjeldamispoliitika väljatöötamine on eeltingimuseks ohjeldamise ja selle vältimise abinõude rakendamiseks tervishoiuasutuse tasandil. Enamuses riikides on ohjeldamise kasutamine tervishoiu- ja hooldusasutustes riiklikult reguleeritud ja ilmselt seetõttu on puudunud vajadus seda abinõu põhjalikumalt uurida. Riiklikku ohjeldamise reguleerimist ohjeldamist vältiva abinõuna on kirjeldanud Gaskin jt (2007). Stewart jt (2009) artiklis rõhutati riiklike

ohjeldamispoliitikate muutmist eesmärgiga vähendada ohjeldamisi haiglates.

Olemasoleva teabe põhjal ei ole võimalik väita, et üks grupp abinõusid on efektiivsem, tulemuslikum või olulisem kui teine. Seega on ohjeldamise vältimine kompleksne ning hõlmab endas personaliga, organisatsiooniga ning patsiendi ja tema lähedastega seonduvaid ohjeldamise vältimise abinõusid. Samas tuleb tõdeda, et ei ole uuritud kõiki sekkumisi kompleksena, vaid üksikuid abinõusid või siis mõnda abinõud ohjeldamise vähendamise programmina. Lisas 9 on esitatud, kui mitmes allikas alagruppides toodud abinõusid käsitleti. Joonisel 3 on esitatud ka ohjeldamine kui viimane võimalus, kuna mitte ühegi ohjeldamist vähendava abinõu kasutamine ei välistanud patsientide ohjeldamist täielikult. Analüüsides ohjeldamisi vähendavate, alternatiivsete või ennetavatena esitletud alguurimuste tulemusi, joonistus välja kolm gruppi abinõusid. Käesoleva magistritöö tulemusena on ohjeldamise vältimise abinõud esitatud üksteisega tihedalt seotud tervikuna joonisel 4.



***Joonis 4. Ohjeldamise vältimise abinõud.***

## 7.2. Personaliga seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud

Kõige rohkem käsitletud (vt lisa 9) ohjeldamist vältida aitav abinõu on personali teadmiste ja oskuste tõstmine läbi erinevate koolituste. Ohjeldamisalane täiendkoolitus grupeeriti eraldi kaheks alagrupiks, kuna alguurimustes kirjeldatud koolituste teemad ja sisu olid erinevad ning koolituste oodatav mõju ja olulisus ohjeldamise vähendamise programmi tulemustele ka erinev. Ohjeldamisalane personali koolitamine koosnes erineva kestuse ja sisuga koolitustest. Kaasatud artiklites oli koolituse sisu nimetatud mõnes uurimuses. Näiteks Evans jt (2002) ja Taxis (2002) poolt loetleti teemadena ohjeldamise mõju, eetilised ja juriidilised aspektid, patsientide õigused ja autonoomia, samuti alternatiivsed tegevused ohjeldamisele. Ainult ühes uurimuses (Taxis 2002) oli eraldi välja toodud, et koolituste sisu oli erinev tugipersonalile ja õdedele. Mitmetes spetsiaalse ohjeldamise vähendamise sekkumisprogrammi rakendamise uurimustes (Mion jt 2001, Taxis jt 2002, Amato jt 2006, Koczy jt 2011) oli koolitus äärmiselt olulise komponendina esile toodud. Koolituse sisu artiklites detailselt ei kirjeldatud. Gaskin jt (2007) rõhutas ohjeldamise vältimise abinõuna ka riigipoolset tuge ohjeldamisalaste koolituste ja konverentside korraldamisel.

Treeningprogrammide rakendamine personalile on eraldi abinõuna esile toodud seetõttu, et oma sisult eristusid nad nn üldistest koolitussekkumistest ja peaksid autori hinnangul aitama personalil paremini toime tulla patsientide käitumisest tingitud ohjeldamise põhjustega. Rakendatud programmid olid kriisisekkumise ja -juhtimise treeningud (Stewart jt 2009, Taxis 2002), spetsiaalsed käitumuslikud programmid personalile (Evans jt 2002), Aijzeni teooriale tuginev hoiakute ja käitumise kujundamise treeningprogramm (Köpke jt 2011), probleemilahenduse treening (Koczy jt 2011, Taxis 2002), kohustuslik treeningprogramm patsientide agressiivse käitumise mahasurumiseks (Foster jt 1999) ja traumeeritud patsiendiga toimetuleku treening (Borkardt jt 2011).

Personali toetamine ohjeldamise vältimiseks toodi välja kahes artiklis. Stewart jt (2009) kirjeldab spetsiaalset teraapiat, mis aitab muuta personalil suhtumist patsientidesse. Käesoleva töö autori hinnangul on tegemist töötajate superviseerimisega. Samuti on töötajate rahulolu ja turvalisuse arendamist peetud oluliseks ohjeldamise vältimisel (Gaskin jt 2007) ja on leitud, et kui töötajad on rahul ja tunnevad ennast tööl turvaliselt, on nad motiveeritumad ohjeldamist mitte kasutama. Haigla teiste erialade töötajate toetuse olulisust õenduspersonalile ohjeldamise vähendamiseks on välja toodud Stewart jt (2009) poolt.



Personali koosseisu suurendamine osakonnas on ohjeldamist vähendava võimalusena esitatud kahes psühhiaatriaiglates ohjeldamise vähendamise võimalusi käsitletud artiklis – Gaskin jt (2007) ja Stewart jt (2009). Personali koosseisu ja ohjeldamiste vähendamise kohta on vähe ja vastuolulisi andmeid, kuid kindlasti ei saa Eesti kontekstis alahinnata piisava personali koosseisu olemasolu osakonnas. Kuna erakorralise meditsiini osakondades on patsientide ohjeldamine samuti levinud, kirjeldati Gaskin jt (2007) poolt EMO-desse ohjeldamist vältiva abinõuna psühhiaatrilise valvemeeskonna töölevärbamist.

Jõu demonstreerimine osakonnas patsientide distsiplineerimiseks on ohjeldamist vältiva abinõuna kasutatud valdavalt psühhiaatrias ja erakorralise meditsiini osakondades. Sellesse alagruppi kuuluvad sellised tegevused nagu meessoost õdede töölevärbamine, turvameeskondade olemasolu osakonnas või tervishoiuasutuses. Ohuolukordades soovitatakse kasutada politsei abi.

Seitsmes artiklis oli olulise ohjeldamist vältiva võimalusena välja toodud ohjeldamise spetsialisti teenuse võimaldamine. Ohjeldamise spetsialisti (artiklites ka kas ohjeldamisekspert või õdespetsialist) teenuse sisu oli erinev – näiteks Evans jt (2002), Amato jt (2006), Mion jt (2001), Stewart jt (2009) kirjeldustes konsulteeris ohjeldamise spetsialist õdesid juhtudel, kui patsienti oli vaja ohjeldada. Konsultatsioonid toimusid kas osakonnas või telefoni teel. Samuti osales ohjeldamise spetsialist õendusplaanide koostamisel ja hindamisel. Möhler jt (2011) uurimuses kirjeldati ohjeldamise spetsialisti nõustamisena tegevusi nagu multidistsiplinaarsete meeskonnakoosolekutel ohjeldamisjuhtude analüüsimine ja soovitude jagamine alternatiivide kasutamiseks ja arutelude juhtimine ohjeldamise vähendamise programmis esilekerkivatest probleemidest, individuaalsed vestlused patsientidega ja nende lähedastega käitumise muutmise üle ja kukkumiste ennetamise võimalustest. Gaskin jt (2007) uurimuses soovitati EMO-desse spetsiaalset psühhiaatrilist valvemeeskonda, kelle koosseisus oleks ka ohjeldamisspetsialist. Psühhiaatriaiglates läbi viidud uurimuste (Stewart jt 2009, Gaskin jt 2007) põhjal kuulus ohjeldamise spetsialisti pädevusse ka ohjeldamise lubamise otsustamine. Mion jt (2001) ja Amato jt (2006) uurimuse põhjal võis ohjeldamisotsuse vastu võtta vastutav õde pärast konsultatsiooni ohjeldamisspetsialistiga.

Juhtide osalemine ohjeldamise vähendamises on esile toodud samuti mitmetes ohjeldamise vähendamise programmis (Mion jt 2001, Amato jt 2006, Lai jt 2011), Köpke jt (2011) rõhutab juhtide aktiivse kaasalöömise olulisust tõenduspõhiste tegevusjuhendite koostamisel. Gaskin jt (2007) järgi peaksid kõik juhtimistasandid olema ohjeldamise vähendamise eestvedajad ning Stewart jt (2009) väidab, et multidistsiplinaarne tugi ja juhtimine toetavad ohjeldamise vähendamist osakonnas. Lai jt (2011) uurimuses moodustati ohjeldamise vähendamiseks

ülehaiglasline ohjeldamise vähendamise multiprofessionaalne komitee, mille ülesandeks oli muuhulgas eksperthinnangu andmine ohjeldamiste kasutamistele.

### **7.3. Organisatsiooniga seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud**

Ohjeldamist vähendavate regulatsioonide koostamine ja arendamine asutustes on oluliseks ohjeldamise vähendamise võimaluseks kõigis kaasatud kirjanduse ülevaadetes. Näiteks Evans jt (2002) uurimuse tulemustes on pakutud sekkumistena asutuses töörühmade moodustamist ja konkreetsete tegevusplaanide koostamist nii tegevusjuhiste koostamisel kui nende rakendamise hindamisel ning täpset ohjeldamise regulatsiooni koos õiguste ja vastutusega. Samuti soovitakse asutusesiseseid regulatsioone muuta nii, et õigus ohjeldamist alatada on ainult arstil või ohjeldamise spetsialistil. Möhler jt (2011) soovivad asutustel ohjeldamispoliitikaid muuta nii, et oleksid kirjeldatud alternatiivid, mida töötajad saaksid ohjeldamise asemel kasutada või teise võimalusena patsientide ohjeldamine üldse ära keelata. Seoses regulatsioonide arendamisega soovivad Stewart (2009) täpselt defineerida ohjeldamise mõiste, samuti tegevusjuhitesse kirjeldada alternatiivide kasutamine ning lühendada ohjeldamise kohustusliku jälgimise aega. Köpke jt (2011) uurimuses koostati ohjeldusmeetmete regulatsioonid tuginedes tõenduspõhistele allikatele ja uurijad rõhutavad, et õed soovivad kasutada neid ohjeldamise alternatiive, mille tulemuslikkus on tõestatud.

Kümnes alguurimuses (lisa 9) kirjeldati ohjeldamise vältimise võimalusena turvalise keskkonna kujundamist. Osakonna ruumilist kujundust, kus raskemate seisunditega patsientide palatid on õe postide läheduses ja õdede vaateväljas, on olulisena märkinud Amato jt (2006), kes said suurema ohjeldamiste vähenemise osakonnas, kus palatite paigutus oli õe posti suhtes tsirkulaarne. Bryant ja Fernaldt (1997) käsitlevad osakonna ruumilist kujundamist samuti ohjeldamist vältiva tegevusena. Borkardt jt (2011) ja Taxis (2002) uurimustes oli ohjeldamise vähendamise programmides mõlemas väga olulise komponendina osakonna keskkonna hubasemaks ja kodusemaks muutmine. Kui osakondades on eraldi ruumid ohjeldamiseks, siis soovitati neid kujundada nii, et oleks võimalik kasutada erinevaid meetmeid ja alati alustada vähempiiravamatest (nt Liukkonen ja Laitinen 1994, Stewart jt 2009, Kontio 2010). Lisaks ruumide paigutusele on olulisena välja toodud ka turvaline haiglavarustus – funktsionaalsed haiglavoodid, mille kõrgus on reguleeritav nii, et patsient voodist välja kukkumise korral ei saaks viga (Bryant ja Fernald 1997, Möhler jt 2011), erinevate toestamisvõimalustega toolid, tugi- ja ratastoolid, kutsungisüsteemide olemasolu jms. Kuna eakate hoolduses ohjeldatakse patsiente palju seetõttu, et vältida neid kukkumast, siis Koczy jt (2011) kasutasid spetsiaalseid

puusakaitsmed (kukkumisel kaitseb reieluukaela murru eest) ja liikumisandureid. Elektroonilise jälgimistehnoloogia (liikumisandurid, GPS, infrapunasensorid osakonna välisuste juures, voodites olevad rõhuandurid) kasutamist ohjeldamise vähendamiseks kirjeldati ka Zwijsen jt (2012) uurimuses.

Reeglite kehtestamine osakonnas ohjeldamise vältimiseks oli ohjeldamist vältiva abinõuna kirjeldatud neljas uurimuses. Kontio jt (2010) uurimistööst selgus, et ohjeldamisi aitab vältida multiprofessionaalne patsiendi ravi ja käitumise käsitus, sealhulgas üksmeelel olemine ravimite kasutamises ning arsti tulek osakonda juhul kui patsient käitub agressiivselt. Taxis jt (2002) ohjeldamise vähendamise programmi üks tegevusi oli patsiendi varasemate ohjeldamisraportite analüüs ja selle põhjal kindla tegevusplaani ja käitumisplaani kujundamine ja kokkuleppimine. Kindla päevakava järgimist on ohjeldamise vähendamise võimalusena rõhutatud eakate patsientide hoolduses (Bryant ja Fernaldt 1997). Siia alagruppi kuuluvad ka sellised tegevused nagu osakondade sisekorraeskirjade muutmine nii, et need oleksid patsientidele arusaadavalt sõnastatud ning ei oleks deklaratiivsed.

Koosolekute ja arutelude korraldamine osakonnas on toodud eraldi grupina välja seetõttu, et kahes uurimuses (Foster jt 1999, Stewart 2009) on eraldi sekkumisena välja toodud iganädalased ohjeldamisteemalised arutelud. Gaskin jt (2007) ja Stewart (2009) rõhutavad osakonnas käibiva ohjeldamispraktika regulaarset analüüsi ja arutelu personaliga, Köpke jt (2011) teemakohaseid koosolekuid osakonnas. Amato jt (2006) ohjeldamise vähendamise programmi kuulusid formaalsed ja mitteformaalsed arutelud õdega ohjeldamise teemadel. Õdede omavaheliste ohjeldamisteemaliste arutelude olulisust on rõhutanud ka Liukkonen ja Laitinen (1994).

Kolm allikat (Stewart 2009, Evans 2002 ja Taxis 2002) on ohjeldamist vältiva abinõuna kirjeldanud ohjeldamise dokumenteerimise arendamist. Neist Stewart (2009) toob välja ohjeldamise dokumenteerimise arendamise koos tegevusjuhendite arendamisega ja Taxis (2002) toob ohjeldamist vähendava tegevusena välja õendusdokumentide auditeerimise. Ohjeldamise kasutamise täpne dokumenteerimine on oluline ka edasiste uurimuste seisukohast, kuna ohjeldamise kasutamise sagedust, levimust jms on võimalik uurida ohjeldamise kasutamise registrite ja haiguslugude põhjal.

Ohjeldamise vähendamise positiivsetest kogemustest õppimine on samuti grupp abinõusid, mida erinevad uurijad on hinnanud oluliseks ohjeldamise vähendamise programmides. Evans jt (2002) rõhutavad edukate ohjeldamise vähendamise programmide laialdase tutvustamise olulisust mitmest aspektist – see võimaldab teistel õppida ja ohjeldamist vähendanud osakondadel saada

positiivset tagasisidet tehtule. Mion jt (2001) ja Amato jt (2006) poolt uuritud ohjeldamise vähendamise programmides oli kohustuslik komponent pidev kahepoolne tagasisidestamine, mis tähendas osakonna õdede poolt koostatud õendusplaanide konsulteerimist vastutava õe poolt ja/või ohjeldamiseksperdi poolt ning haiglate kvaliteedijuhtide poolset tagasisidestamist igakuiselt aruandluse näol osakonda ohjeldamiste arvu ja kukkumiste juhtude kohta. Foster jt (1999) ohjeldamise vähendamise programm oli haiglasiseselt avalik. Ohjeldamise vähendamise progressi kaardistamise olulisust rõhutati Stewart jt (2009) uurimuses.

#### **7.4. Patsiendi ja tema lähedastega seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud**

Patsiendi individuaalsusega arvestamine hõlmab endas abinõusid nagu patsiendile individuaalse ravi- ja õendusplaani koostamine tulenevalt seisundi hindamisest (Evans jt 2002), ohjeldatud patsientide pidev jälgimine ja pidev järelvalve patsientide üle koos vastavalt seisundi muutustele täiustatud raviplaanidega (Gaskin jt 2007). Patsientide individuaalsuse arvestamise olulisust raviplaanide koostamises rõhutavad ka Stewart jt (2009), kelle uurimuses oli lisaks sobiva raviskeemi määramisele ohjeldamist vähendava abinõuna toodud ka osakonna ravitegevuse arendamine erinevate teraapiate (tegevus- ja käitumisteraapia programmid patsientidele, agressiooni juhtimise õpetamine patsientidele) kasutusele võtmise läbi. Liukkonen ja Laitinen (1994) kirjeldavad ohjeldamise alternatiivina patsiendi läheduses olemist ja tema ebatüüpilise käitumise mõistmist ja sallimist ning patsiendi soovide täitmist.

Ohjeldamist vältiva abinõuna on kirjeldatud patsientide kaasamist. Ohjeldamise vähendamise programmide koostamisse soovivad patsiente kaasata Gaskin jt (2007). Köpke jt (2011) kirjeldavad patsientide kaasamise olulisust ohjeldamist vähendavate tegevusjuhendite koostamisel. Borkardt jt (2011) poolt kirjeldatud ohjeldamise vähendamise programmis oli üks tegevus patsientide kaasamine raviplaanide koostamisse. Stewart jt (2009) kirjeldasid sekkumist, kus soovitati ohjeldamise meetme valikul patsiendi eelistust küsida

Patsienti toetavate õendustegevuste arendamine gruppi kuuluvad sellised ohjeldamise vältimise võimalused nagu vestlused patsiendiga ja tema juures olemine, arutelud patsiendi käitumise üle, tegevusterapia võimaldamine ja psühholoogiliselt mugava ravikeskkonna kujundamine (Kontio jt 2010), patsiendi tunnete ja käitumise mõistmine (Saarnio jt 2008), efektiivse suhtlemise ja käitumise kujundamise patsiendiõpetuse programmid (Taxis jt 2002), patsiendi terapeutiline puudutamine, aktiivne kuulamine, reaalsuses hoidmine, ärevuse vähendamine erinevate psühhoterapeutiliste tehnikatega (Bryant ja Fernaldt 1997), üks-ühele patsiendi jälgimine, verbaalne sekkumine, hingehoiu võimaldamine ja "aja mahavõtmise" meetodi kasutamine

(Downey jt 2007). Downey jt (2007) andmetel aitab erakorralise meditsiini osakonnas ohjeldamisi vältida ka stimulatsiooni vähendamine, telefoni kasutamise võimaldamine, patsientidele toidu andmine ja vajadusel füüsilise aktiivuse võimaldamine (lubada patsiendil liikuda). Psühhiaatrias on Stewart jt (2009) järgi olulisel kohal terapeutilise keskkonna arendamine, sealhulgas agressiooni juhtimise tehnikate õpetamine patsientidele, käitumis-ja tegevusteraapia meetodite arendamine. Patsiendi läheduses olemist ja tema ebatüüpilise käitumise mõistmist ja talumist on kirjeldanud Liukkonen ja Laitinen (1994).

Pere ja lähedaste kaasamine patsiendi hooldusesse ja ohjeldamise vähendamise regulatsioonide koostamisse oli ohjeldamist vältiva abinõuna esitatud Evans jt (2002) ja Möhler jt (2011) artiklites. Köpke jt (2011) uurimuses kirjeldatud abinõude hulgas oli pere ja lähedaste kaasamine ohjeldamise vähendamise tegevusjuhiste koostamisel.

## 8. ARUTELU

### 8.1. Ohjeldamise olemus, liigid, põhjused ja tagajärjed

Eestis puuduvad uurimused ohjeldamise levimuse kohta. Suuremates psühhiaatriahaiglates on alates 2009-ndast aastast ilmselt olemas Terviseameti nõudel asutusesisene informatsioon mehaanilise ohjeldamise ja eraldamise kasutamise sageduse kohta. Puudub aga informatsioon, kui palju ja milliseid ohjeldamise liike kasutatakse teiste erialade aktiivravi osakondades ja hooldekodudes. Ei ole alust arvata, et Eestis võrreldes teiste riikidega nimetatud praktikat ei kasutata. Enne kui hakata tegema levimusuuringuid, on vaja teada, mis meie praktikas on ohjeldamine ja mis ei ole ehk kust läheb piir patsiendi õiguste kitsendamise ja meditsiiniliseks sekkumiseks vajalike tegevuste vahel. Vastasel juhul oleme samasuguses olukorras nagu paljud teisedki teema uurijad (nt Minnick jt 2007) on kirjeldanud – ei ole täpselt teada, mida käsitletakse ohjeldamisena ja mida mitte. Näiteks käesoleva magistritöö 4. peatükis „Ohjeldamise levimus“ on viidatud Feng (2009), Benbenbisthy jt (2010), Meyer (2008), kes kõik räägivad füüsilisest ohjeldamisest, kuid tegelikult on uuritud valdavalt mehaaniliste ohjeldusvahendite kasutamist. Samas USA uurijad Minnick jt (2007) on selgelt eristanud mehaanilise ja füüsilise ohjeldamise ja on USA aktiivravis uurinud mehaaniliste ohjeldusvahendite kasutamise sagedust ning rõhutanud samuti ohjeldamise liikide täpset eristamist.

Patsientide ohjeldamine tervishoiu- ja hooldusasutustes on erinevate meetmete kasutamine eesmärgiga piirata patsientide liigutuste ja/või liikumisvabadust. Käibel on palju erinevaid definitsioone ja ainult ühes asjas on konsensus – ohjeldamist ei tohiks mitte kunagi kasutada olukorrale mittevastavalt ja ohjeldamine on viimane ja äärmuslik abinõu. Kõige levinum on ohjeldamise defineerimine ohjeldamise liigi või ohjeldusmeetme kaudu. Seetõttu koondati mõiste avamiseks ohjeldamise liigid (vt joonis 1) koos konkreetse liigi alla käivate ohjeldusmeetmetega. Kokku kasutatakse tervishoiu- ja hooldusasutustes viit liiki ohjeldamisi: füüsilised, mehaanilised, keemilised, meditsiinilised ja keskkondlikud. Ohjeldamise liigitamine koos erinevate liikide kirjeldamisega on oluline nähtusest parema arusaamise kujundamiseks ja on abiks edaspidi nähtuse defineerimisel. Nii nagu on erinevaid käsitlusi liigitamisel, on erinevaid arvamusi, millistel tingimustel üks sekkumine on ohjeldamine ja millal ei ole. Väga palju meditsiinilise ohjeldamisena kirjeldatud meetmete tõlgendamisel sõltub riigi kultuurilisest keskkonnast, meditsiiniajaloolisest taustast ja tervishoiutöötajate hoiakutest ja suhtumistest.

Eestis on patsientide ohjeldamise mõiste defineerimata ja avamata (v.a. psühhiaatrias). Kuna ohjeldamise mõiste defineerimise probleemid on tingitud ohjeldamise kui nähtuse mitmekülsusest, siis üks ühele psühhiaatrias kehtivat ohjeldusmeetmete regulatsiooni teistele tervishoiu erialadele ja hooldussüsteemi üle võtta ei ole võimalik. Psühhiaatrilise abi seaduse (RT I, 07.03.2012, 3) § 14 järgi on ohjeldamiseks lubatud kasutada nelja meetet (füüsiline ohjeldamine, ohjeldamine ravimite abil, mehaaniline ohjeldamine ja eraldusruumi paigutamine). Seaduses on esmakordselt sätestatud ohjeldamine ravimite abil (käesolevas töös ohjeldamise liik „keemiline ohjeldamine“). Sõnastatud on see nii: „ohjeldamine ravimite abil on isikule ravimite manustamine tema tahte vastaselt isiku rahutussümptomite leevendamiseks“ (RT I, 07.03.2012, 3). Kuigi ravimite kasutamine ohjeldamiseks on nüüd seaduses sätestatud, ei ole praktikas selgust, kust läheb piir ravi ja ohjeldamise vahel. Rahutussümptom võib olla tingitud patsiendi haigusest ja ravimit manustatakse sümptomi kõrvaldamiseks. Esmapilgul on tegemist meditsiinilise põhjusega – leevendatakse rahutussümptomit, mis võib olla tingitud haigusest ja kuna ravim leevendab haigussümptomit, on see pigem ravi kui ohjeldamine. Nii see olekski, kui ei oleks juures sõnu „patsiendi tahte vastaselt“. Seega saab ravimi manustamist käsitleda ohjeldamisena seetõttu, et see toimub patsiendi tahte vastaselt.

Magistritöös on ohjeldamise liigina välja toodud meditsiiniline ohjeldamine, sest on olukordi, kus õed peavad ohjeldamisotsuse vastu võtma selleks, et tagada patsiendi elulised näitajad (näiteks intensiivravis ekstubeerimise vältimiseks või tilkinfusiooni teostamiseks jms). Samuti on teada, et intensiivravis on patsiendi liikumise ja liigutuste piiramine näidustatud ravi eesmärgil (Behrmann ja Dunn 2010). Sageli toimub selles olukorras otsustamine nii, et patsiendi tahet ei ole võimalik küsida või patsient ei ole võimeline teadvat nõusolekut andma ja ohjeldamisotsus võetakse vastu patsiendi tahtest olenematult. Vajab laiapõhjalist arutelu, kas patsiendi elu säilitamiseks ja tervise taastamiseks hädavajalike toimingute sooritamiseks teostatavad ohjeldamised on ikkagi ohjeldamine vabaduse piiramise või äravõtmise tähenduses. Ehkki tulenevalt osakonna patsientide spetsiifikast on olukorrad erinevad, võiks kaaluda võimalust näiteks plaanilistele operatsioonidele tulevate patsientide puhul informeeritud nõusoleku allkirjastamisel küsida patsiendilt nõusolekut kasutada vajadusel (nt juhul kui peaks tekkima operatsioonijärgne deliirium) mehaanilisi ohjeldusvahendeid tema käte fikseerimiseks vms. Eakate dementsusega patsientide hoolduses võiks olla saadud kirjalik luba patsiendi seaduslikult esindajalt ja kasutatavad meetmed võiksid olla patsiendi lähedasega eelnevalt kokku lepitud.

Samas vajab patsiendi haigustest tingitud põhjuste osa edaspidi põhjalikumat uurimist, sest ei ole jätkuvalt selget piiri meditsiiniliste põhjuste ja patsiendist (patsiendi haigusest) tingitud

ohjeldamise põhjuste vahel. Käesoleva töö autori arvates peab edaspidi regulatsioonides ohjeldamise mõiste defineerimisel püüdma eristada meditsiinilistel põhjustel rakendatavad ohjeldusmeetmed nendest ohjeldusmeetmetest, mida rakendatakse patsiendile tema käitumisest tulenevatel põhjustel. Kui käsitleda ohjeldamise põhjusena patsiendi ohtlikku käitumist (kas patsiendile endale, teistele või keskkonnale), on vaja täpselt kirjeldada käitumisest tulenevad põhjused ehk kas patsiendi ohtlik käitumine on tingitud haigusest või mõnest muust põhjusest. Käesoleva magistr töö eesmärk ei olnud põhjalikult süstematiseerida ohjeldamise põhjuseid ja seega on otstarbekas teemat edasi uurida. Sellega haakub ka küsimus, mida käesolevas töös üldse ei ole käsitletud. Nimelt kui ohjeldamist mitte kasutada nn meditsiinilistel ja osadel patsiendist tingitud põhjustel, siis millised võivad olla mittekasutamise tagajärjed.

Kuigi ohjeldamise põhjuseid on käesolevaks ajaks uuritud rohkem, ei ole võimalik üldistatult öelda, millised on kõige levinumad. Varasemate uurimuste põhjal grupeeriti ohjeldamise põhjused viieks grupiks: organisatsioonilised põhjused, personalist tulenevad põhjused, meditsiinilised põhjused, patsiendist tingitud põhjused ja lõpuks muudel ning teadmata põhjustel toimunud ohjeldamised. Hinnanguliselt aga nõ muudel ja teadmata põhjustel toimuvad ohjeldamised võiks grupeerida personalist tulenevate põhjuste alla – kas oli põhjus jäänud dokumenteerimata (enamus uurimusi oli läbi viidud haiguslugusid uurides ja/või personali küsitledes) või ei saa välistada ka põhjusi, mis olid välja toodud Evans jt (2002) poolt: patsiendi karistamiseks või mugava olukorra säilitamiseks. Seega on äärmiselt oluline ohjeldamise kasutamise dokumenteerimine, sh ohjeldamise otsuse põhjendamine. Ohjeldamise põhjuste kõrvaldamine aitab ohjeldamist vältida.

Ohjeldamise tagajärgedest ja ohtudest informeeritud olemine on äärmiselt oluline õdede ja teiste tervishoiutöötajate suhtumise ja hoiakute kujundamise osas. Kuigi mitmed allikad (Evans jt 2002, Mohr jt 2003, Paterson jt 2003) väidavad, et ohjeldamise tüsistused on alaraporteeritud, on piisavalt informatsiooni mehaanilise ja füüsilise ohjeldamise riskidest patsientide elule ja tervisele. Kuigi Stewart jt (2009) väidavad, et ei ole selge õdede suhtumise ja hoiakute mõju ohjeldamise kasutamisse ja ohjeldamise vähendamise tegelemisse, on magistr töö tulemuste osas seitse gruppi ohjeldamisi vältivaid abinõusid seotud personaliga – nii töötajate koolitamise, treenimise kui adekvaatse koosseisu olemasolu ja ohjeldamise spetsialisti teenuse võimaldamisega ning töötajate motiveerimisega ohjeldamist mitte kasutama. Mitmete kaasatud uurimuste tulemuste põhjal (Saarnio jt 2008, Taxis 2002, Gaskin jt 2007, Köpke jt 2011) võib väita, et personali ohjeldamisalane koolitamine on võtmetähtsusega ohjeldamise vähendamise ja alternatiivide arendamises. Ohjeldamise ohtudest ja mõjust saavad töötajad teada ikkagi läbi koolituste, koosolekute ja arutelude. Kui on teada nähtuse kasutamise mõju, muutuvad ka



töötajate hoiakud ja suhtumine. Mitme uurimuse (Suen jt 2006, Lai jt 2007) põhjal on selgunud, et õdede hulgas valitseb arusaamisi ja müüte, et toimivaid alternatiive ei olegi ja ohjeldada tuleb selleks, et tagada patsientide turvalisus. Tõestatud on, et patsiendid tajuvad ohjeldamist hoopis mitteturvalisusena ja kui õed seda teavad, siis ilmselt oleksid altimad ka muid võimalusi proovima.

## **8.2. Ohjeldamise vältimine**

Mitmed kaasatud kirjanduse ülevaadete autorid on viidanud ohjeldamise vältimise teema keerulisusele. Näiteks Gaskin jt (2007: 302) väidavad, et „teema vajab edasist uurimist sekkumiste tulemuste efektiivsuse osas“, „...vaja on kontseptsiooni, teooriad ja mudeleid ohjeldamise vähendamise kohta“ (Möhler jt 2011: 2) või „ei ole võimalik kujundada korrektset mudelit ohjeldamise vähendamise kohta, kuna uurimusi on vähe“ (Stewart jt 2009: 29). Autori hinnangul on piisavalt informatsiooni ohjeldamise põhjuste kohta ja uurimustel põhinevaid ohjeldamisi vähendavaid abinõusid, et tõdeda tervishoiu- ja hooldusasutustes ohjeldamise vältimise kompleksust. Andmete analüüsil joonistus välja kolm peagruppi ohjeldamise vältimise abinõusid: personaliga seotud ohjeldamise vältimise abinõud, organisatsiooniga seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud ja patsiendi ja tema lähedastega seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud. Millised neist on kõige olulisemad, ei ole võimalik käesoleva töö tulemuste põhjal põhjal öelda, kuid hinnanguliselt, kogemustele toetudes ja loogilist ahelat järgides ei ole võimalik ainult patsiendi vajadustest lähtuvate sekkumistega ohjeldamisi vähendada juhul kui organisatsioonilised sekkumised seda ei toeta ja kui personal ei ole valmis ohjeldamise vältimise ja vähendamisega tegelema (joonis 4). Ohjeldamise kasutamisel võtab ohjeldamisotsuse vastu personal ja patsient on igal juhul passiivsem ja kaitsetum pool.

Mitte ühegi kirjeldatud abinõu puhul ei õnnestunud ohjeldamisi täielikult vältida, seega peaks ohjeldamine jääma kõige viimaseks võimaluseks ning alustama peab igal juhul kõige vähem piiravamatest meetmetest. Füüsiline ja mehaaniline ohjeldamise kasutamine võiks olla kõige harvem kuna nende vägivaldsus ja ohtlikkus on käesolevaks ajaks tõestatud. Nii füüsilise kui mehaanilise ohjeldamise kasutamine peaks olema lubatud ainult spetsiaalse väljaõppe saanud personali poolt. Mehaanilisel ohjeldamisel võib kasutada selleks spetsiaalselt disainitud ohjeldusrihmu, millede tootmisel on arvestatud turvanõudeid. Igasuguste käepäraste sidemete, voodi- ja ristlinade jms kasutamine patsiendi keha või jäsemete fikseerimiseks peab olema rangelt keelatud, kuna oskamatul kasutamisel võib patsient saada füüsiliselt viga (hõõrdumishaavad, verevoolu takistustest tingitud tursed jms komplikatsioonid).

Lisaks personali teadmiste tõstmisele ohjeldamisega seonduva erinevatest tahkudest tuleb kaaluda ruumiliste ja tehnoloogiliste alternatiivide kasutamist. Osakondade infrastruktuur, disain ja varustus peaksid aitama tagada turvalisust ja võimaldama patsientidel turvaliselt liikuda. Arvestades Eesti viimaste aastate võimalusi renoveerida ja kaasajastada haiglahooneid ja hooldusasutusi, tuleb osakondade ruumilisel kujundamisel ja varustamisel keskkond muuta selliseks, et ei peaks patsiente ohjeldama nõ turvalisuse tagamiseks. Eeldusel, et inimtööjõud on kõige kulukam ressurss, aitavad olemasolevad tehnoloogilised abivahendid vähemalt osaliselt ohjeldamisi vältida. Kuna on teada, et tervishoiu- ja hooldusasutustes on puudu personalist ja koormused on suured, on elektroonilise jälgimistehnika kasutamine üks võimalikest alternatiividest. Samas aga tuleb elektroonilise jälgimistehnika kasutamisel arvestada kaasuvate riskidega ja patsiendi privaatsuse kahjustamisega. Elektroonilise jälgimistehnika kasutamisega seonduvaid riskidena on kirjeldatud Zwijsen jt (2012) poolt, et tehnoloogia ei kõrvalda ohjeldamise põhjust, võib mitte töötada ning ei garanteeri patsiendile kiiret abi.

Analüüsides ohjeldamise vältimisena esitatud abinõusid, oli arvukalt abinõusid, mida sai grupeerida organisatsiooniga seonduvate tegevuste alla. Ohjeldamise kasutamise reguleerimist ja dokumenteerimise arendamist asutuse tasandil peeti oluliseks mitmes uurimuses. Mõnevõrra üllatav ja uudne oli ka ohjeldamise eksperdi teenuse võimaldamine osakondadesse. Kõigis kaasatud uurimustes oli ohjeldamiseksperdiks õde-spetsialist ning valdavalt ei võinud osakonnas patsiendi suhtes ohjeldusmeetmeid enne rakendada, kui ohjeldamiseksperit selleks loa andis. Ohjeldamise kasutamine Eestis psühhiaatriaiglates on lubatud ainult arsti otsuse alusel, osades riikides võib teatud ajavahemikuks ohjeldamisotsuse vastu võtta ohjeldamiseksperdist õde. Arvestades seda, et hooldushaiglates ja hooldusravi osakondades puudub ööpäevaringne arstlik valve, võiks kaaluda Eestis samuti vähemalt hooldushaiglatesse õde-spetsialistide ametikohtade loomist või koolituse korraldamist, mis annaks hooldushaigla õdedele pädevuse otsustada vajadusel ohjeldusmeetmete kasutamise üle. Praegu toimuvad ohjeldamised ilma regulatsioonideta ja seetõttu on patsientidele erinevate piirangute seadmine õdedel lisastressi allikas ning ei ole üheselt mõistatav ei patsientidele ega nende lähedastele. Samuti arvestades meie haiglate olukorda, kus statsionaaris töötavate õde vastutusala ja otsustamisõigus patsiendi hooldust puudutavates küsimustes järjest suureneb ning ohjeldamise kasutamine loodetavasti reguleeritakse, võiks kaaluda ohjeldamise otsustamise õiguse andmist vastava väljaõppe saanud õele. Mõistagi eeldab see täiendkoolituse läbimist.

### 8.3. Uurimistöö kitsaskohad

Uurimistöösse kaasatud artiklite kvaliteet oli varieeruv. Kuna kaasati neli varasemat kirjanduse ülevaadet, kus sekkumiste loetelu on autorite interpretatsioon varasematele uurimustele, siis oli oht, et interpretatsioon oli juba eelnevalt kallutatud. Kolmes kaasatud kirjanduse ülevaates uurimuste kitsaskohtadele oli viidatud, kuid kaasatud uurimusi oli metodoloogiliselt hinnatud ainult ühes – Möhleri jt (2011) artiklis. Käesoleva magistr töö autori poolt hinnati kirjanduse ülevaated kriitiliselt ning kuna osa varasemates kirjanduse ülevaadetes kasutatud uurimusi tuli välja ka käesoleva töö tarbeks tehtud otsinguga, sai kaasatud kirjanduse ülevaadete autorite interpretatsioone osaliselt kontrollitud. Kaasati ainult need ülevaated, kus otsingustrateegia ja algallikate kaasamise ja väljajätmise kriteeriumid vastasid enamuses PRISMA kontrolllehel esitatud kriteeriumidele.

Teine kitsaskoht on erineva metoodikaga tehtud uurimuste tulemuste analüüs. Kuna integreeriva kirjanduse ülevaate koostamise metoodikas puuduvad täpsed standardid andmeanalüüsiks, siis Whitemore (2005) rõhutab, et andmeanalüüs peab olema jälgitav. Jälgitavuse tagamiseks püüti võimalikult täpselt järgida metodoloogilisi juhiseid ning analüüsiprotsessi etapid kirjeldati ja algtabelid on esitatud lisadena. Kaks kaasatud kvalitatiivset uurimust (Zwijzen jt 2012) ja Kontio jt (2010) kirjeldasid sekkumisi, mida teistes kaasatud uurimustes ei olnud käsitletud. Kuna käesoleva magistr töö eesmärgiks oli saada kõikehõlmav ülevaade erinevatest ohjeldamisi vältivatest abinõudest, siis välja jättes nendes kahes töös toodud sekkumised, oleks ülevaade olnud puudulik. Zwijzen jt (2012) uurimistöös kirjeldati töötajate hinnanguid elektrooniliste jälgimise abivahendite kasutamisele, mida võib käsitleda suhteliselt uudsete vahenditena ja mis annavad patsiendile tunduvalt suurema liikumisvabaduse. Kontio jt (2010) uurimistööst aga selgusid sekkumised, mida akuutpsühhiaatria osakondade töötajad ise oma praktikas ja praktilise kogemuse põhjal kasutavad alternatiividena ohjeldamisele.

Kolmas kitsaskoht on kaasatud uurimuse tulemuste selgus. Ehkki käesoleva töö eesmärk ei olnud hinnata erinevate ohjeldamist vähendavate sekkumiste efektiivsust, kaasati uurimused, kus saadi abinõu rakendamisel ohjeldamise vähenemine. Samas tulemuste usaldusväärsust tekitab küsitavusi vähemalt kahes alguurimuses – Taxis jt (2002), kus ohjeldamiste arv vähenes 94% pärast 42 kuulist sekkumisperioodi ja Borkardt jt (2011), kus ohjeldamiste arv vähenes 82 %. Mitte üheski teises kaasatud uurimuses nii suurt ohjeldamise vähenemist ei saavutatud, ehkki sarnase sisuga abinõusid oli kasutatud ka mõnes teises ohjeldamise vähendamise programmis. Samuti puuduvad enamuses uurimustes andmed selle kohta, et kui vähenes mehaanilise või füüsilise ohjeldamise kasutamine, kas siis suurenes mõne teise ohjeldamise liigi kasutamine.

Ainus kaasatud uurimus, kus nimetatud teemale tähelepanu juhiti, oli Lai jt (2011), kus leiti, et ohjeldamise vähendamise programmi rakendamise ajal vähenes füüsiline ohjeldamine, kuid samal ajal suurenesid teiste ohjeldusmeetmete kasutamine. Kukkumiste arvu suurenemist täheldati Köpke jt (2011) ja Koczy jt (2011) uurimustes. Kukkumiste vältimine aga on teatavasti üks ohjeldamise levinumaid põhjusi eakate hoolduses. Erinevate abinõude tulemuslikkust on samatüübiliste uurimuste vähesuse tõttu väga raske hinnata.

Kaheksateistkümmne artikli põhjal tehtud üldistuste usutavus võib tekitada kahtlusi. Välja jäid artiklid, mida oli kasutatud neljas kaasatud kirjanduse ülevaates. Välja jäetud uurimused koos põhjendustega on esitatud lisas 6. Osa piiranguid tuleb ka magistritööle ette antud mahust ja autori suutlikkusest. Nimelt soovivad metodoloogilised juhendid ka kirjanduse ülevaadete koostamisel mitut uurijat või uurimismeeskonda. Objektiivsuse huvides oleks nii allikate kaasamise ja väljaarvamise otsustamisel ning edaspidi tulemuste analüüsil väga oluline kas ekspertarvamus või kaasuurija hinnang. Eksperti hinnangut kasutati töös andmeanalüüsi kolmandas etapis – abinõude alagruppide moodustamisel.

#### **8.4. Tulemuste olulisus ja rakendatavus**

Käesoleva magistritöö tulemused on abiks ohjeldamise reguleerimisel Tartu Ülikooli Kliinikumis kui ka riiklikul tasemel. Töös on käsitletud erinevaid ohjeldamise defineerimisega seotud probleeme ja avatud ohjeldamise kui nähtuse erinevaid vaidlusküsimusi. Loodetavasti tekib töö põhjal ka Eesti tervishoiutöötajate seas debatt, hõlmates filosoofilist, juriidilist ja eetilist dimensiooni teemal, kas ohjeldamine inimeste ravis ja hoolduses on üldse vajalik. Kuna patsientide ohjeldamine kätkeb endas tulenevalt osade ohjeldusmeetmete vägivaldsusest väärkohtlemise ohte, on oluline tegeleda nii ohjeldamise põhjuste kõrvaldamisega kui ka alternatiivsete abinõude otsimisega. Nii kaua kui ei ole toimivaid tõenduspõhiseid alternatiive ohjeldamisele, tuleb tegeleda ohjeldamise vähendamise ja vältimisega ning täpselt ära reguleerida ohjeldamise kasutamine tervishoiu- ja hooldusasutustes. Esimeseks sammuks on ohjeldamise täpne defineerimine, mis ohjeldamine on ja mis ta ei ole. Vajab laiapõhjalist ühiskondlikku arutelu, kuhu on kaasatud erinevad huvigrupid, sh patsiendid ja nende esindajad. Samuti on väga oluline eristada erinevaid ohjeldamise liike. Ohjeldamise tõenduspõhine liigitamine on käesolevas töös esitatud.

Teiseks, tervishoiu- või hooldusasutustes, kus patsientide suhtes rakendatakse erinevaid ohjeldusmeetmeid, peab olema täpne ohjeldamist reguleeriv tegevusjuhised, dokumenteerimine ja aruandlus. Tervishoiutöötajatele ja patsientidele ning nende lähedastele on parem, kui

ohjeldamispoliitika oleks riiklikult reguleeritud, sest tegemist on nähtusega, millel on lisaks meditsiinilisele ka eetilised ja juriidilised dimensioonid. Sellest tulenevalt ei ole õige panna kogu vastutust tervishoiutöötajatele, kes tegelikult peavad keerulistes olukordades ohjeldamisotsuse vastu võtma. On teada, et patsientide ohjeldamine on emotsionaalselt kurnav ka õdedele. Seni aga ei ole tervishoiuasutustel muid võimalusi kui asutusesiselt koostada tegevusjuhis ohjeldamise kasutamiseks. Kolmandaks, oluline on tervishoiutöötajate koolitamine ja teadlikkuse tõstmine ohjeldamise ja selle vältimisega seonduvast. Töötajate koolitamine ohjeldamise alal, sh teadmiste tõstmine ohjeldamise põhjustest, tagajärgedest ja ohtudest on töös kaasatud allikates kõige enam uuritud valdkond ja seda on peetud uurimustes ohjeldamise vähendamise võtmeküsimuseks. Käesoleva töö tulemusi saab kasutada töötajate täiendkoolituste läbiviimisel ja vajadusel ka õdede põhiõppes.

Käesoleva magistr töö tulemusi saab kasutada ka haiglakeskkonna ja töö korraldamiseks nii, et tähelepanu pöörataks ohjeldamise põhjuste ennetamisele ja kõrvaldamisele. Ohjeldamise vältimise organisatsiooniga seonduvate abinõude grupis kirjeldatud sekkumisi saab arvestada osakondade renoveerimisel, haiglavarustuse uuendamisel ja soetamisel. Seoses toimunud muutustega meie tervishoius ja hoolekandes ning patsientide ning nende lähedaste suurenenud ootustega tervishoiuteenuse osutajatele on ainult aja küsimus, millal ohjeldamisega seonduvad asjaolud teravdatud tähelepanu alla satuvad. Esimene samm ohjeldamise olemuse ja vältivate abinõude kirjeldamisega Eesti õenduspraktika edasise arendamise jaoks on uurimistööga astutud.

## **8.5. Uued uurimisprobleemid**

Kuna integreeriva kirjanduse ülevaatenähtusega tehtud uurimustes juhitakse tähelepanu nähtusega seotud edasist uurimist vajavatele probleemidele, on ka käesoleva töö põhjal tekkinud uusi uurimisprobleeme. Osasid neist käsitleti eespool (nt millised tegevused on meditsiiniline ohjeldamine ja kas need on üldse ohjeldamine, kuidas defineerida ohjeldamist arvestades Eesti kultuurikonteksti). Enne kui hakata tegelema ohjeldamise vähendamise ja vältimise abinõude tulemuslikkuse uurimisega, on vaja teada saada ohjeldamise kasutamise sagedus Eestis, samuti ohjeldamise põhjused. Ei ole teada, millised on meie õdede teadmised ohjeldamisest ja selle tagajärgedest ja kuidas suhtuvad meie patsiendid ja nende lähedased ohjeldamise kasutamisse. Väga vähe on uurimusi tahtevastase hoolduse kohta, mida mõnedes artiklites on peetud samuti ohjeldamiseks. Olemasoleva teabe põhjal aga tahtevastast hooldust ei saa ohjeldamiseks pidada ja nähtus vajab põhjalikumat uurimist. Alustama peaks mõiste „tahtevastane hooldus“ analüüsimisega. Edasist uurimist vajab ka ohjeldamise vältimise abinõude tulemuslikkus.

## 9. JÄRELDUSED

Patsientide ohjeldamine tervishoiu- ja hooldusasutustes on personali tegevus, millega piiratakse või võetakse patsiendilt ära tema tahte vastaselt või tahtest olenemata liigutuste ja/või liikumisvabadus. Ohjeldamise teostamine toimub läbi ohjeldusmeetmete rakendamise. Ohjeldamise liigid ja rakendatavad ohjeldusmeetmed (sulgudes) on:

- füüsiline (kinnihoidmine või spetsiaalsete füüsiliste jõuvõtete kasutamine);
- mehaaniline (patsiendi fikseerimine voodisse või tooli, kasutades selleks toodetud vahendeid; tõkestusvahendite või rahustussärkide või -linade kasutamine);
- keemiline (patsiendi käitumist muutvate ravimite kasutamine, mis ei kuulu tema põhihaiguse raviskeemi);
- meditsiiniline (protseduurideks positsioneerimine, transpordiks fikseerimine, liigutusi piiravate meditsiiniliste abivahendite kasutamine);
- keskkondlik (eraldamine, elektroonilise järelevalve teostamine, varjuna kaasaskäimine, osakonna reeglite ja piirangute kehtestamine, suusõnaliste keeldude andmine, territooriumi lukustamine).

Ohjeldamise põhjused tulenevad organisatsioonilistest teguritest; personali vähestest teadmistest ja uskumustest ohjeldamisse kui ainsasse turvalisust tagavasse abinõusse; patsiendi haigusest ja individuaalsusest. Rakendatud ohjeldusmeetmed võivad põhjustada patsientidel ebasoovitavaid kehalisi, käitumuslikke ja hingelisi tagajärgi.

Ohjeldamise vältimine tervishoiu- ja hooldusasutustes on kompleksne tegevuste kogum, mis sisaldab kolm gruppi üksteisega tihedalt seotud abinõusid:

- organisatsiooniga seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud: ohjeldamise kasutamise regulatsioonide olemasolu ja arendamine asutuse tasandil, turvalise ravi- ja töökeskkonna kujundamine ning ohjeldamise vähendamise positiivse kogemuse tunnustamine ja jagamine;
- personaliga seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud: erineva sisu ja kestvusega koolitusprogrammid, töötajate toetamine ja juhtide aktiivne osalemine ohjeldamise vähendamisel ning piisava ja professionaalse personali koosseisu olemasolu koos ohjeldamise spetsialisti teenuse võimaldamisega;

- patsiendi ja tema lähedastega seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud: patsiendi individuaalsuse arvestamine õendustegevustes ja patsiendi ning tema lähedaste kaasamine nii hooldusesse kui ohjeldamise vähendamisse.

Magistritöö annab ülevaate ohjeldamise olemusest, liikidest, põhjustest, tagajärgedest ning ohjeldamise vältimise abinõudest. Töös käsitletud abinõude tulemuslikkus vajab edasisi uurimusi.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Amato, S., Salter, J., Mion, L. (2006). Physical Restraint Reduction in the Acute Rehabilitation Setting: a Quality Improvement Study. *Rehabilitation Nursing*, 6.

American Psychiatric Nurses Association (2007). Position statement on seclusion and restraint. <http://www.apna.org/files/public/APNASRPositionStatement> (17.10.2010).

Behrmann, S., Dunn, M. (2010). Physical restraints in medical inpatients: unravelling the red tape. *Clinical Ethics*, 5, 16-21.

Bergk, J., Einsiedler, B., Steinert, T. (2008). Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint. *Clinical Trials*, 5, 356-363.

Berzlanovich, A.M., Schopfer, J., Keil, W. (2012). Deaths due the physical restraint. *Deutsches Arzteblatt International*, 109, 27-32.

Bigwood, S., Crove, M. (2008). "It's part of the job, but it spoils the job": A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 215-222.

Black, K., Haralambous, B. (2005). Barriers to implementing restraint-free care policies. Final Report. National Ageing Research Institute.

Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, E., Wellmann, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 465-476.

Borckardt, J., Madan, A., Grubaugh, A., Danielson, C., K., Pelic, C., Hardesty, S., Hanson, R., Herbert, J., Cooney, H., Benson, A., Frueh, C. (2011). Systematic Investigation of Initiatives to reduce Seclusion and Restraint in a State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 62, 477-483.

Bourbonniere, M., Strumpf, N., Evans, L., Maislin, G. (2003). Organizational Characteristics and Restraint Use of Hospitalized Nursing Home Residents. *Journal of American Geriatric Society*, 51, 1079-1084.

Bray, K., Hill, K., Robson, W. Leaver, G., Walker, N, O'Leary, M., Delaney, T., Walsh, D., Gager, M., Waterhouse, M. (2004). British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nursing in Critical Care*, 9, 5.



- Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, B., Koczy, P., Nikolaus, Th. (2005). Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 10-18.
- Bright, L. (2008). Showing restraint. *Nursing Older People*, 20, 3-13.
- Broome, M.E.(1993). Integrative Literature Reviews in the Development of Concepts. In Rodgers, B.L, Knafl, K.A.(1993).Concept Development in Nursing. Foundations, Techniques and Applications. WB Saunders Company.
- Bryant, H., Fernald,L. (1997). Nursing Knowledge and Use of Restraint Alternatives: Acute and Chronic Care. *Geriatric Nursing*, 18, 57-60.
- Busch, A. B., Shore, M. F. (2000). Restraint and seclusion: A Review of Recent Literature. *Harvard Review Psychiatry* 8, 261-270.
- Cannon, M., Sprivulis, P., McCarthy, J. (2001). Restraint practices in Australasian emergency departments. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* , 35, 464-467.
- Capezuti, E., Wagner, L., Brush, B., Boltz, M., Renz, S., Talerico, K. (2007). Consequences of an Intervention to Reduce Restrictive Side Rail Use in Nursing Homes. *Journal American Geriatric Society*, 55, 334-341.
- Care Quality Commission (2007). Guidance for Inspectors. How to move towards resyraint free care. <http://ebookbrowse.com/care-quality-commission-restraint-guidance-for-inspectors-v4-after-ddmg-301-07-pdf-d225268681> (05.03.2012).
- Centre for Addiction and Mental Health (2008). Restraint minimization taskforce. Final Report. [http://www.camh.ca/en/hospital/about\\_camh/performance\\_and\\_accountability/Documents/Restraint%20Minimization%20Taskforce%20Report%20August%202008.pdf](http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/performance_and_accountability/Documents/Restraint%20Minimization%20Taskforce%20Report%20August%202008.pdf) (07.05.2012).
- Centre for Reviews and Dissemination (2009). CRD`s guidance for undertaking reviews in health care. Systematic Reviews. University of York.
- Choi, E., Song, M. (2003). Physical restraint use in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 651–659.

Commision for Social Care Inspection (2007). Right, risks and restraints. An exploration into the use restraint in the care of older people.

<http://www.cambridgeshire.gov.uk/NR/ronlyres/46979CAB-51B2-4305-B64B-E520165D56D7/0/Restraint.pdf> (23.07.2010).

Currier, G.W. (2003). The controversy over "chemical restraint" in acute care psychiatry. *Journal Psychiatric Practice*. 9 , 59-70.

DDS Office for Human Rights (2009) DDS Fact Sheet on Emergency Physical Retsraint. [www.mass.gov/eohhs/docs/dmr/.../fs-restraint-physical.rt](http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmr/.../fs-restraint-physical.rt) (15.04.2011).

Department of Early Education and Care (2005). Chemical & Mechanical Restraint Policy. Residential & Placement Licensing. POLICY STATEMENT: P-EEC-R&P-02. <http://www.mass.gov/edu/birth-grade-12/early-education-and-care/laws-regulations-and-policies/residential-care-regulations-and-policies/chemical-and-mechanical-restraint-policy.html> (30.07.2012).

Downey, L.V.A., Zun, L., Gonzales, S.J. (2007). Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency departement. *General Hospital Psychiatry* 29, 470-474.

Equator Network. Resource Centre. Guidelines for Scientific Reporting. (<http://www.equator-network.org/resource-centre/library-of-health-research-reporting/reporting-guidelines/>) (07.09.2012).

Evans, D., Fitzgerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 735-743.

Evans, D., Wood, J., Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute an residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 675-681.

Evans, D., Wood, J., Lambert, L.(2003). Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 41, 274-282.

Evans,LK., Strumpf, N.E., Allen-Taylor, S.L.,Capezuti, E.,Maislin, G., Jacobsen, B. (1997). A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*.

Farnham, F.R., Kennedy, H.G. (1997). Acute excited states and sudden death. *British Medical Journal*. 315, 1107-1108.

Federal Register (2006). Rules and Regulation, Part IV. Department of Health and Human Services. Center for Medicare and Medicaid Services.

Feng, Z., Hirdes, J. P., Smith, T. F., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du Pasquier, J-N., Gilgen, R., Ikegami, N., Mor, V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 24, 1110–1118.

Fogel, J. F., Berkman, C. S., Mercel, C., Cranston, T. Leipzig, R. (2009). Efficient and accurate measurement of physical restraint use in acute care. *Care Management Journals*, 10(3), 100-109.

Foster, P., Cavness, C., Phelps, M. (1999) Staff Training Decreases Use of Seclusion and Restraint in a Acute Psychiatric Hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 269-271.

Frengley, J. D., Mion, L. C. (1986). Incidence of physical restraints on acute general medical wards. *Journal American Geriatric Society* 34, 565-568.

Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., Campbell, L. (2001). Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal Nursing* 10: 852-859.

Gallinagh, R., Nevin, R., McIlroy, D., Mitchell, F., Campbell, L., Ludwick, R.& McKenna, H.(2002). The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies* 39, 147-156.

Gallop, R., McCay, E., Guha, M., Khan, P. (1999). The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. *Health Care of Women International*, 20, 401-406.

Gaskin, C., Elsom, S., Happell, B. (2007). Intervention for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 298-303.

Gerolamo, A.M. (2006). The Conceptualization of Physical Restraint as a Nursing-Sensitive Adverse Outcome in Acute Care Psychiatric Treatment Settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 175-185.

Goethals, S., Dierckx de Casterle, B., Gastmans, C. (2012). Nurses decision- making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 1198-1210.

- Hamers, J., Gulpers, M., Strick, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 246-251.
- Hamers, J.P.H., Huizing, A.R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatric*, 38, 19-25.
- Hamers, J., Meyer, G., Köpke, S., Lindenmann, R., Groven, R., Huizing, A.R. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 248-255.
- Hine, K. (2007). The use of physical restraint in critical care. *Nursing in Critical Care*, 12.
- Hirdes J. P., Mitchell, L., Ljunggren, G., Schroll, M. (1999). International and regional variations in restraint use: Implications for selecting benchmarks. *Canadian Journal Quality Health Care*, 15, 19-23.
- Hofse, K., Coyer, F. M. (2007). Part 1. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: Contributing factors. *Intensive and Critical care Nursing* 23, 249-255.
- Huizing, A.R., Hamers, J.P., Gulpers, M.J., Berger, M.P. (2009). Preventing the use of physical restraint with residents newly admitted to psychogeriatric nursing home wards; a cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 459-469.
- Janelli, L., Stamps, D., Delles, L.(2006) Physical Restraint Use: A Nursing Perspective, *MEDSURG Nursing* 15.
- Jeffery, K. (2010). Supportive holding or restraint: terminology and practice. *Paediatric Nursing*, 22 (6).
- Johnson, E.M. (1998). Being restrained: a study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 191-206.
- Jones, P., Kroese, P.S. (2006). Service users' views of physical restraint procedures in secure settings for people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 50-54.
- Karlsson, S., Bucht , G. (2000). Retsraint use in elder care:decision making among registered nurses.*Journal of Clinical Nursing*, 9, 842-850.

- Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., Kleiner, A., Guerra, V., Risman, U., Kurrle, S., Bredthauer, D. (2011). Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *The American Geriatrics Society*, 59, 333-339.
- Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., Joffe, G. (2010). Patient restrictions; Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17, 65-76.
- Kotynia-English, R., McCowan, H., Almeida, O. (2005). A randomized trial of early psychiatric intervention in residential care: impact on health outcomes. *International Psychogeriatrics*, 17, 475-485.
- Krüger, C., Meyer, G., Hamers, J. (2010). Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43, 291-296.
- Köpke, S., Mühlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R., Meyer, G. (2012). Effect of a Guideline-based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraint in Nursing Homes. *Journal of American Medical Association*, 307, 2177-2184.
- Lai, K.Y. (2007). Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims?- A study using focus groups interviews, *BMC Nursing*, 6:5.
- Lai, C.K., Chow, S.K., Suen, L.K., Wong, I.Y. (2011). The Effect of a Restraint Reduction Program on Physical Restraint Rates in Rehabilitation Settings in Hong Kong. *Rehabilitation Research and Practice*.
- Lane, C., Harrington, A. (2011). The factors that influence nurses' use of physical restraint: A thematic literature review. *International Journal of Nursing Practice* 17, 195-204
- Lancaster, G., Whittington, R., Lane, S., Riley, D., Meehan, C. (2008). Does the position of restraint of disturbed psychiatric patients have any association with staff and patients injuries? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 306-312.
- Lee, D. T., Chan, M. C., Tam, E. P., Yeung, W. S. (1999). Use of physical restraints on elderly patients: An exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 153-159.
- Lee, S., Gray, R., Gournay, K., Wright, S., Parr, A., Sayer, J. (2003). Views of nursing staff on the use of physical restraint. *Journal of Mental Health Nursing*, 10, 453-459.

- Liukkonen, A., Laitinen, P. (1994). Reasons for uses of physical restraint and alternatives to them in geriatric nursing: a questionnaire study among nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1082-1087.
- Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. (1997). Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age and Ageing* 26, 43–47.
- Luo, H., Lin, M., Castle, N. (2011). Physical Restraint Use and Falls in Nursing Homes: A Comparison Between Residents With and Without Dementia. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 26, 44-50.
- Martin, B., Mathisen, L. (2005). Use of Physical Restraints in Adult Critical Care: A Bicultural Study. *American Journal Critical Care*, 133-142.
- Martin, V., Bernhardsgrütter, R., Goebel, R., Steinert, T. (2007). The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland. <http://www.cpementalhealth.com/content/3/1/1> (26.08.2012).
- McCabe, D., Alvarez, C., McNulty, R., Fitzpatrick, J. (2011). Perceptions of Physical Restraints Use in the Elderly Among Registered Nurses and Nurse Assistants in a Single Acute Care Hospital. *Geriatric Nursing*, 22, 39-45.
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., Mühlhauser, I. (2008). Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 981-990.
- Miles, S.H., Irvine P. (1992). Deaths caused by physical restraint. *The Gerontologist* 32, 762-766.
- Minnick, A., Mion, L. L., Johnson, M. E., Catrambone, C., Leipzig, R. (2007). Prevalence and Variation of Physical Restraint Use in Acute Care Settings in the US. *Journal of Nursing Scholarship*, 39,1, 30-37.
- Minnick, A., Mion, L., Leipzig, R., Lamb, K., Palmer, R. (1998). Prevalence and patterns of physical restraint use in acute care setting. *Journal Nursing Administration* 28: 19-24.
- Mion, L C. Fogel, J. Sandhu, S. Palmer, R M. Minnick, A F. Cranston, T. Bethoux, F. Merkel, C. Berkman, C S. Leipzig, R (2001). Outcomes following physical restraint reduction programs in two acute care hospital. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27, 605-618.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G, the PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6: e1000097

<http://www.prismastatement.org/2.1.2%20PRISMA%202009%20Checklist.pdf>

(14.07.2012).

Mohr, W., Petti, T., Mohr, B. (2003). Adverse Effects Associated With Physical Restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*. 48, 330-337.

Mohr, W. (2010). Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24, 3-11.

Molassiotis, A., & Newell, R. (1996). Nurses' awareness of restraint use with elderly people in Greece and the UK: A cross-cultural pilot study. *International Journal of Nursing Studies*, 33(2), 201–211.

Montana State Hospital. (2007). Use of Seclusion and Restraint. Policy and Procedure.

Mott S., Poole J., Kenrick, M. (2005). Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on the rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 95–101.

Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *Cochrane Databases of Systematic Reviews*, 2.

Nottingham University Hospital (2009). Restraint Policy.

Paterson, B., Bradley, P., Stark, C., Saddler, D., Leadbetter, D., Allen, D. (2003). Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK The results of preliminary survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 3-15.

Pellfolk, T., Gustafson, Y., Bucht, G., Karlsson, S. (2010). Effects of a restraint minimization program on a staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 58, 62-69.

Perkins, E., Prosser, H., Riley, D., Whittington, D. (2012). Physical restraint in a therapeutic setting: a necessary evil? *International Journal of Law in Psychiatry* 35, 43-49.

Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (CPT) (2006) CPT standardid. Üldaruannete põhilised osatekstd. <http://www.cpt.coe.int/lang/est/est-standards.doc>. (12.06.2011).

Qureshi, H.(2009). Report 26: Restraint in care homes for older people: a review of selected literature. Social Care Institute for Excellence. [www.scie.org.uk](http://www.scie.org.uk). (18.07.2012).

Ralphs-Thibodeau, S., Knoefel, R., Benjamin, K., Leclerc, A., Pistermann, S., Sohmer, J., Scrim, C.(2006). Patient Choice: An Influencing Factor on Policy – Related Research to Decrease Bedrail Use as Physical Restraint. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 3, 31-39.

Retsas A P. (1998). Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 184–191.

Robbins, J. L., Boyko, E., Lane, J., Cooper, D. (1987). Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital. *Journal American Geriatric Society*, 35, 290-296.

Royal College of Nursing (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Clinical practice guidelines.

Royal College of Nursing (2008) “Let’s talk about restraint” – Rights, risks and responsibility, London: RCN.

Ryan, C.J., Bowers, L. (2006). An analysis of nurses` post-incident manual restraint reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 527-532.

Saarnio, R., Isola, A., Laukkala, H. (2008). The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: nurses` individual, communal and alternative modes of action. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 132-140.

Sandhu, S. K., Mion, L.C., Khan, R.H., Ludwick, R., Claridge, J., Pile, J.C., Harrington, M., Winchell, J., Dietrich, M.C. (2010). Likelihood of Ordering Physical Restraints: Influence of Physician Characteristics. *Journal of American Geriatrics Society*, 58, 1272-1278.

Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C., Tzigili, M. (2009). Mechanical restraint of adult



psychiatric inpatients: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. City University London.

Stirling, C., McHugh, A. (1997). Natural therapeutic holding: a non-aversive alternative to the use of control and restraint in the management of violence for people with learning disabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 304-311.

Strout, T. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 416-427.

Stubbs, B. (2009). Considering physical intervention as a manual handling procedure: learning lessons from our general nursing colleagues. *British Journal of Forensic Practice*, 11, 32-37.

Suen, L. K., Lai, C. K., Wong, T. K., Chow, S. K., Kong, S. K., Ho, J.Y., Kong, T.K., Leung, J.S., Wong, I.Y.(2006). Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 22-28.

Zun, L. S. (2003). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*. 24, 119-124.

Zwijssen, S., Depla, M., Niemeijer, A., Francke, A., Hertogh, C. (2012). Surveillance technology: An alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 212-219.

Taxis, J.C. (2002). Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 157-170.

The University of Connecticut Health Center. John Dempsey Hospital (2009). Administrative Manual.

Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus groups. *International Journal of Quality in Health Care*, 19, 349-357

Vandenbroucke, J.P., von Elm, E., Altman, D.G., Gøtzsche, P.C., Mulrow, C.D., Pocock, S.J., Poole, C., Schlesselman, J.J., Egger, M. for the STROBE initiative (2007). Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 147(8): W-163–W-194

Williams, D.(2009). Restraint safety: an Analysis of Injuries Related to Restraints of People with Intellectual Disabilities.*Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 22:135-139.

Whittemore, R. (2005). Combining Evidence in Nursing Research. Methods and Implications. *Nursing Research*, 54.

Whittemore, R., Knafl, (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 546-553.

Wong, S.L., Chien, T. (2005). Young medical patients' experience of physical restraint: an exploratory Study. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 120–121

Wynn, R. (2003). Staffs attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry* 57, 453-459.

Yeh, S.-H., Hsiao, C.-Y., Ho, T.-H., Chiang, M.-C., Lin, L.-W., Hsu, C.-Y., Lin, S.-Y. (2004). The Effects of Continuing Education in Restraint Reduction on Novice Nurses in Intensive Care units. *Journal of Nursing Research*, 12, 246-256.

## LISA 1. Potentsiaalsed alternatiivid ohjeldamisele. Joanna Briggs Institute (2002) Physical Restraint-Part 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities. Best Practice

Turvalised haiglavoodid	Istumise ja toestamise võimaldamine	Aktiveerivad tegevused	Füsioloogiliste vajaduste rahudamise võimaldamine	Õendusabi korraldus	Psühhosotsiaalsed alternatiivid	Füsioloogilised alternatiivid	Alarmid
Nõgusad maratsid	Sügava istumisosaga tugitoolid	Rehabilitatiivsed tegevusprogrammid ja patsiendiõpetus	Tualeti kasutamise sageda võimaldamine	Superviseerimise ja täiendava jälgimise võimaldamine	Kaasamine	Infektsioonide ravimine	Erinevad alarmid kognitiivse düsfunktsiooniga patsientidele
Turvalised ja märgistatud voodiääred	Lamamistoolid	Erinevate teraapiate kasutamine	Individuaalsusega arvestamine	Ebasoovitava käitumiseni viivate olukordade jälgimine	Aktiivne kuulamine	Valutustamine	Liikumisandurid
Vesimadratsid	Istumispadjad põrandal	Õendusplaani koostamisel planeerida aktiveerivad tegevused	Kohene eritamise järgne patsiendi korraldamine	Personalit kvalifikatsiooni pidev tõstmine	Küllastamise võimaldamine	Unetuse korrigeerimine	Välisukse alarmid
Toestuspadjade kasutamine, et vältida voodist kukkumist	Kõrge seljatoega spetsiaalsed toestustoolid	Õised turvalised tegevused unetutele patsientidele	Inkontinentsusega tegelemine	Individualiseeritud hoolduse ja struktureeritud päevakava kasutamine	Personalipoolne patsientide julgustamine ja toetamine	Medikatsiooni kontroll ja korrigeerimine	
Kehapikkuses positsioneerimis padjade kasutamine	Erinevate võimalustega ratastoolid	Lisaks individuaalsetele tegevustele pakkuda grupitegevusi.	Tualettruum arusaadavalt ja selgelt märgistatud	Patsiendi individuaalsed vajadused on personalile teada	Patsiendi lähedaste ja vabatahtlike kaasamine	Psühholoogiliste ja vaimse tervise probleemide kohene märkamine	
Pehmed matid voodi ees, et pehmendada kukkumist		Sotsiaalse suhtlemise ja aktiivsuse toetamine ja võimaldamine	Potitoolide olemasolu voodite juures	Tugipersonali väljaõpetamine patsiendi liigutamiseks	Tuttav personal		
Reguleeritav voodikõrgus-soovitus kasutada madalaid voodeid		Ärevuse ja agitatsiooni asjakohane vähendamine		Väljakutsenupud on patsiendi käeulatuses	Sotsiaalse interaktsiooni arendamine		
Mitte kasutada voodivõresid		Struktureeritud päevakava osakonnas		Riskipatsiendid paigutatud õeposti lähedusse	Patsiendi puudutamine, massaaži võimaldamine		
Voodirataste lukustamine		Liikumine peab osakonnas olema lubatud		Patsiendi iseseisva toimetuleku võimaldamine nii kiiresti kui võimalik	Patsiendi reaalsustaju toetamine		
Voodi külge kinnitatavad laud ja toolid, et võimaldada patsiendi liigutamist ja ümberistumist				Patsiendikeskne hooldus	Müra vähendamine		
Libisemiskindlad vaibad voodi ümbruses liikumisel				Uinakute võimaldamine patsientidele	Relaksatsioonitehnikate kasutamine/ õpetamine		
Istuma tõusmise abivahendid (trapets)				Võimalusel piirata voodis veedetud aeg uneajaga	Käitumise korrigeerimine		
Visuaalne juhend patsiendile kutsungi kasutamiseks							

## LISA 2. Otsingustrateegiad andmebaaside kaupa

Andmebaas	Otsingustrateegia
Medline (Ovid SP)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. restraint*.mp.</li> <li>2. (restraint*and alternative*).mp</li> <li>3. (restraint* reduction or reducing).mp.</li> <li>4. restarint decrease*.mp.</li> <li>5. physical restraint*.mp</li> <li>6. (alternative interventions).mp.</li> <li>7. (alternative interventions and restraint*).mp.</li> <li>8. restraint-free.mp.</li> <li>9. („minimisation“ or „minimization“)</li> <li>10. active care.mp.</li> <li>11. („active care“ or „acute care“).mp.</li> <li>12. 4 and 6</li> <li>13. 4 and 7 and 8 and 10</li> <li>14. 7 and 8 and 11</li> <li>15. 3 and 10</li> </ol>
COCHRANE (Ovid SP)	<p># 1“restraint*“</p> <p># 2 „physical restraint*“</p> <p># 3 „alternative intervention“</p> <p># 4 2 and 3</p> <p># 5 „minimisation“</p> <p># 6 „reduce*“</p> <p>#7 „decrease*“</p> <p># 6 5 or 6 or 7</p> <p># 7 „acute care“</p> <p># 8 „active care“</p> <p># 9 #4 and #6</p> <p>#10 #7 or # 8</p> <p># 11 # 9 and #10</p>
ScienceDirect	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. (physical restraint*). mp.</li> <li>2. „alternative intervention“.mp</li> <li>3. 1 and 2</li> <li>4. (restraint reduce* or reducing).mp</li> <li>5. (active care or acute care).mp</li> <li>6. 3 and 4 and 5</li> </ol>

### LISA 3. Kaasatud kirjanduse ülevaadete kvaliteedi hindamine PRISMA kontrollloendi järgi

Pealkiri: Evans, D., Wood, J., Lambert, L.(2002). A review of physical restraint minimization in the acute an residential care settings. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 40, 616-625.			Lk
Pealkiri	1	Võimaldab kindlaks teha uurimuse tüübi- integreeritud kirjanduse ülevaade	616
Abstrakt (struktureeritud kokkuvõte)	2	Struktureeritud kokkuvõte sisaldab eesmärgi, meetodit, tulemusi	616
<b>Sissejuhatus</b>			
Vajaduse põhjendus	3	Kirjeldab ja põhjendab uurimuse vajadust selles kontekstis, mis on juba teada	617
Eesmärk	4	Eesmärk on sõnastatud, kuid küsimused ja ülesanded artiklis ei tule selgesõnaliselt välja, on viide uuritavatele ja sekkumistele ja tulemustele (kogu PICOS* ei ole kaetud) *PICOS-participans, interventions, comparisons, outcomes, study designs)	617
<b>Meetod</b>			
Protokoll ja registreerimine	5	-	-
Kaasamise kriteeriumid	6	Sõnastatud	617
Informatsiooni allikad	7	Loetleb otsingute andmebaase	617
Otsing	8	Esitleb elektroonilist otsingut, kehtestatud piiranguid. Korratavust ei saa kontrollida, kuna kõik andmebaasid ei ole kättesaadavad.	617
Uurimuste valimine ülevaatesse	9	Esitab uurimuste valiku protsessi osaliselt.	617, 618
Andmete kogumise protsess	10	Kirjeldamata	-
Leitud andmed	11	Kirjeldatud	618-621
Risk individuaaluurimust mõjutada/kallutada	12	Ei ole otseselt hinnatud	-
Tulemuste kokkuvõtted	13	Esitletud	618-621
Tulemuste süntees	14	Esitletud	618-623
Risk uurimuste kallutamisele	15	Kirjeldamata	-
Täiendav analüüs	16	-	-
<b>Tulemused</b>			
Uurimuste valik	17	Esitatud mitmes artikli osas	618-620
Uurimuste tunnused	18	Ei ole väga põhjalikult, kuid formaalselt olemas mitme töö osa peale kokku	619-623
Risk uurimuste tulemuste kallutatud tõlgendamisele	19	Ei ole hinnatud	-
Individuaaluurimuste tulemused	20	Esitatud ülevaatlikult, struktureeritult	618-623
Tulemuste süntees	21	Protsessi ei ole võimalik jälgida	-
Risk tulemuste kallutatusele	22	Ei ole hinnatud, kuid artiklit lugedes ei jää kahtlust kallutamisele	-
Täiendav analüüs	23	Ei ole esitatud	-
<b>Arutelu</b>			
Tõendatud kokkuvõte	24	Esitatud	623-624
Piirangud	25	-	
Järeldused	26	Esitatud	624
Rahastamine	27	Esitamata	

Pealkiri: Gaskin, J., Elsom, S., Happel, B. (2007) Intervention for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities:Review of the literature. <i>The British Journal of Psychiatry</i> .191, 298-303.			Lk
Pealkiri	1	Alapealkiri võimaldab kindlaks teha uurimuse tüübi- kirjanduse ülevaade	298
Abstrakt (struktureeritud kokkuvõte)	2	Struktureeritud kokkuvõte sisaldab <u>eesmärgi, meetodit, tulemusi</u>	298
Sissejuhatus			
Vajaduse põhjendus	3	Kirjeldab ja põhjendab uurimuse vajadust selles kontekstis, mis on juba teada	298
Eesmärk	4	Eesmärk on sõnastatud, kuid küsimused ja ülesanded artiklis ei tule selgesõnaliselt välja, on viide uuritavatele ja sekkumistele (kogu PICOS* ei ole kaetud) <i>*PICOS-participans, interventions, comparisons, outcomes, study designs)</i>	298
Meetod			
Protokoll ja registreerimine	5	-	-
Kaasamise kriteeriumid	6	Sõnastatud osaliselt	298
Informatsiooni allikad	7	Loetleb otsingute andmebaase	298
Otsing	8	Esitleb elektroonilist otsingut, kehtestatud piiranguid. Korratavus ei ole kontrollitav	298
Uurimuste valimine ülevaatesse	9	Esitab uurimuste valiku protsessi osaliselt.	298
Andmete kogumise protsess	10	Kirjeldatud	298
Leitud andmed	11	Kirjeldatud	298
Risk individuaaluurimust mõjutada/kallutada	12	Ei ole otseselt hinnatud	-
Tulemuste kokkuvõtted	13	Esitletud	298-302
Tulemuste süntees	14	Esitletud	298-299
Risk uurimuste kallutamisele	15	Kirjeldamata	-
Täiendav analüüs	16	-	-
Tulemused			
Uurimuste valik	17	Esitatud mitmes artikli osas	298-301
Uurimuste tunnused	18	Ei ole väga põhjalikult, kuid formaalselt olemas mitme töö osa peale kokku	299.301
Risk uurimuste tulemuste kallutatud tõlgendamisele	19	Ei ole hinnatud	-
Individuaaluurimuste tulemused	20	Esitatud artikli tekstina, kuid kättesaadavad lisana elektrooniliselt (viide artiklis olemas)	Artikli päises
Tulemuste süntees	21	Protsessi ei ole võimalik jälgida	-
Risk tulemuste kallutatusele	22	Ei ole hinnatud	-
Täiendav analüüs	23	Ei ole esitatud	-
Arutelu			
Tõendatud kokkuvõte	24	Esitatud	302
Piirangud	25	-	-
Järeldused	26	Esitatud	302
Rahastamine	27	Deklareeritud, et puudub huvide konflikt.	

Pealkiri: Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C., Tzigili, M. (2009) Mechanical restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. City University London.			Lk (ei ole nummerdatud)
Pealkiri	1	Pealkiri võimaldab kindlaks teha uurimuse tüübi- kirjanduse ülevaade	
Abstrakt (struktureeritud kokkuvõte)	2	Puudub	
<b>Sissejuhatus</b>			
Vajaduse põhjendus	3	Kirjeldab ja põhjendab uurimuse vajadust selles kontekstis, mis on juba teada	
Eesmärk	4	Eesmärk on sõnastamata, uurimus tehtud paralleelselt ühe teise uurimisega.	
<b>Meetod</b>			
Protokoll ja registreerimine	5	-	
Kaasamise kriteeriumid	6	Sõnastatud osaliselt	
Informatsiooni allikad	7	Loetleb otsingute andmebaase	
Otsing	8	Esitleb elektroonilist otsingut, kehtestatud piiranguid. Korratavus ei ole kontrollitav	
Uurimuste valimine	9	Esitab uurimuste valiku protsessi osaliselt.	
Andmete kogumise protsess	10	Kirjeldatud	
Leitud andmed	11	Kirjeldatud	
Risk individuaaluurimust mõjutada/kallutada	12	Ei ole otseselt hinnatud	
Tulemuste kokkuvõtted	13	Esitletud	
Tulemuste süntees	14	Esitletud	
Risk uurimuste kallutamisele	15	Kirjeldamata	
Täiendav analüüs	16	-	
<b>Tulemused</b>			
Uurimuste valik	17	Esitatud	
Uurimuste tunnused	18	Kaasatud empiirilised uurimused	
Risk uurimuste tulemuste kallutatud tõlgendamisele	19	Ei ole hinnatud	
Individuaaluurimuste tulemused	20	Esitatud artikli tekstina	
Tulemuste süntees	21	Protsess jälgitav	
Risk tulemuste kallutatusele	22	Ei ole hinnatud	
Täiendav analüüs	23	Ei ole esitatud	
<b>Arutelu</b>			
Tõendatud kokkuvõte	24	Esitatud	
Piirangud	25	-	
Järeldused	26	Puuduvad, autorid väidavad, et ei ole võimalik üldistada tulenevalt kaasatud uurimuste suurest varieeruvusest.	
Rahastamine	27	Ei ole deklareeritud	

Pealkiri: Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., Meyer, G. (2011) Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. <i>Cochrane Databases of Systematic Reviews</i>			Lk
Pealkiri	1	Uurimuse tüüp pealkirjas ei kajastu	1
Abstrakt	2	Struktureeritud kokkuvõte sisaldab eesmärki, meetodit, tulemusi	1
Sissejuhatus			
Vajaduse põhjendus	3	Kirjeldab ja põhjendab uurimuse vajadust selles kontekstis, mis on juba teada	2-3
Eesmärk	4	Eesmärk on sõnastatud, küsimused ja ülesanded vastavad PICOS* nõuetele <i>*PICOS-participans, interventions, comparisons, outcomes, study designs</i>	3
Meetod			
Protokoll ja registreerimine	5	Olemas lisana	18-31
Kaasamise kriteeriumid	6	Sõnastatud	6-7
Informatsiooni allikad	7	Loetleb otsingute andmebaase artiklis ja lisa	5-6
Otsing	8	Esitleb elektroonilist otsingut, kehtestatud piiranguid. Korratavus kontrollitav kättesaadavates andmebaasides	Lisa
Uurimuste valimine ülevaatesse	9	Esitab uurimuste valiku protsessi	4-6
Andmete kogumise protsess	10	Kirjeldatud	4
Leitud andmed	11	Kirjeldatud tekstis ja lisa	5-6
Risk individuaaluurimust mõjutada/kallutada	12	Hinnatud	4, 9
Tulemuste kokkuvõtted	13	Esitletud	6-9
Tulemuste süntees	14	Esitletud	4-5
Risk uurimuste kallutamisele	15	Kirjeldatud	9
Täiendav analüüs	16	Kirjeldatud	13
Tulemused			
Uurimuste valik	17	Esitatud mitmes artikli osas	6-8
Uurimuste tunnused	18	Põhjalikult, olemas töö mitme osa peale kokku	9, 10, lisa
Risk uurimuste tulemuste kallutatud tõlgendamisele	19	Hinnatud	lisa
Individuaaluurimuste tulemused	20	Esitatud ülevaatlikult, struktureeritult	7-12
Tulemuste süntees	21	Protsess jälgitav, loogiline ja arusaadav	7-12
Risk tulemuste kallutatusele	22	Hinnatud	13
Täiendav analüüs	23	Esitatud	13-14
Arutelu			
Tõendatud kokkuvõte	24	Esitatud	14
Piirangud	25	Esitatud	14
Järeldused	26	Esitamata, teema vajab edasist uurimist	14
Rahastamine	27	Deklareeritud huvide konflikti puudumine	32



**LISA 4. Kaasatud kvalitatiivsete uurimuste hindamine COREG: 32 kontrolllehe järgi**

	Zwijssen jt 2012	Kontio jt 2011
<b>Uurimismeeskond ja refleksiivsus (uurija mõju)</b>		
Personaalsed tunnused		
1. Intervjueerija/abistaja	ebaselge	selge
2. Akadeemiline kraad	ei selgu	ei selgu
3. Kutseala	ei selgu	ei selgu
4. Sugu	N	4 N, 2 M
5. Ettevalmistus (treening,kogemused vms)	ei selgu	ei selgu
Seosed uuritavatega		
6. Kindlaksmääratud	ei selgu	ei selgu
7. Uuritavate teadmised uurijast	jah	jah
8. Intervjueerijat iseloomustavad tunnused	ei	ei
<b>Uurimuse struktuur</b>		
9. Metodoloogiline orientatsioon või teoreetiline taustaraamistik	jah	jah
Uuritavate valik	jah	jah
10. Valim	jah	jah
11. Valimi moodustamine	jah	jah
12. Valimi suurus	jah	jah
13. Mitteosalejad	ei	jah
Koht		
14. Andmete kogumise koht	jah	jah
15. Mitteuuritavate juuresviibimine	ei selgu	ei viibinud
16. Valimi kirjeldus	jah	jah
<b>Andmete kogumine</b>		
17. Intervjuu läbiviimise juhised/standard	jah	ei selgu
18. Intervjuu ülekordamine	ei	jah
19. Intervjuu salvestamine	jah	jah
20. Märgete tegemine	jah	jah
21. Andmete kogumise kestus.	jah	jah
22. Andmebaasi küllastatus	jah	jah
23. Transkriptsiooni juurde tagasipöördumine	jah	jah
<b>Andmete analüüs ja tulemused</b>		
24. Andmekodeerijate arv	jah	jah

## LISA 5. Kaasatud eksperimentaalsete ja vaatlusuuringute hindamine STROBE kontrollloendi järgi

Autor	Downey jt 2007	Bryant ja Fernald 1997	Kozy jt 2011	Amato jt 2006	Foster jt 1999	Mion jt 2001	Köpke jt 2012	Lai jt 2011	Liukkonen ja Laitinen 1994	Borckardt jt 2011	Saarnio jt 2008
Nõuded artikli osadele											
Informatiivne kokkuvõte : uurimuse tüüp, probleem, eesmärk, andmete analüüsi meetodid ja olulisemad tulemused ja järeldused	osaliselt	ei	jah	osaliselt	osaliselt	jah	jah	jah	osaliselt	osaliselt	jah
Teoreetiline taust ja uurimisprobleem	jah	ei	jah	osaliselt	osaliselt	jah	jah	jah	jah	jah	jah
Uurimiseeesmärk	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	ei	jah
Uurimistöö tüübi ja meetodi esitus töö alguses	ei	jah	jah	jah	ei	ei	jah	jah	jah	osaliselt	jah
Uurimisprotsessi kirjeldus	jah	ebaselge	jah	jah	ebaselge	ebaselge	jah	osaliselt	jah	jah	jah
Uuritavate esitus vastavalt uurimuse tüübile	ei	jah	jah	osaliselt	ei	jah	jah	osaliselt	jah	osaliselt	jah
Muutuvate tunnuste määramine	ei	ei	jah	ei	ei	ei	jah	ei	jah	ei	jah
Kasutatud mõõdikute ja andmete kirjeldamine	jah	ei	jah	osaliselt	ei	osaliselt	jah	osaliselt	jah	jah	jah
Tulemuste kallutatuse vältimise meetodite kirjeldamine	ei	ei	ei	ei	ei	ei	osaliselt	osaliselt	osaliselt	osaliselt	osaliselt
Valimi moodustamise põhjendamine	ei	jah	jah	ei	ei	jah	jah	osaliselt	jah	osaliselt	jah
Andmete töötlemise ja analüüsi kirjeldamine	osaliselt	ei	osaliselt	ei	ei	osaliselt	osaliselt	jah	jah	jah	jah
Andmete töötlemise ja analüüsi kirjeldamine vastavalt metoodikale	ei	ei	ei	ei	ei	ei	osaliselt	jah	ei	ei	osaliselt
Uuritavate arvu ja nende kaasamise ja mittekaasamise kriteeriumide kirjeldamine vastavalt uurimistöö tüübile	osaliselt	ei	osaliselt	osaliselt	ei	osaliselt	jah	osaliselt	jah	osaliselt	ei
Taustamuutujate kirjeldus	ei	osaliselt	jah	osaliselt	ei	jah	jah	jah	jah	jah	jah
Tulemuste esitus vastavalt uurimistöö tüübile	ebaselge	osaliselt	jah	jah	osaliselt	jah	jah	jah	jah	jah	jah
Oluliste tulemuste esitus vastavalt töö tüübile	ebaselge	ebaselge	jah	jah	ebaselge	jah	jah	jah	jah	jah	jah
Täiendavad analüüsid tulemuste paikapidavuse kontrollimiseks	ei	ei	jah	ei	ei	ei	jah	jah	jah	jah	jah
Kokkuvõtte olulisematest tulemustest	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah
Arutelu ja selgitused tulemuste usaldusväärsuse kohta	jah	ei	jah	ei	jah	ei	jah	jah	jah	jah	jah
Tulemuste tõlgendamine ja järeldused	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah
Tulemuste praktiline või teoreetiline väärtus	ebaselge	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah	jah
Info uurimistöö rahastamise ja huvide konflikti kohta	esitamata	esitamata	esitatud	esitatud	esitamata	esitamata	esitatud	esitatud	esitamata	esitatud	esitamata

## LISA 6. Välja jäetud uurimused

Autor, aasta, pealkiri, ilmuniskoht	Väljaarvamise põhjus
1.Evans, L., Strumpf, N., Allen-Taylor, Capezuti, E., Maislin, G., Jacobsen, B.(1997) A clinical trial to reduce restraints in nursing homes.JAGS, 45, 671-681	Kasutatud kahes kirj.ülevaates :Evans jt 2002 ja Möhler jt 2011,mis käesolevas töös analüüsitavad allikad
2.Choi, K., Kim,J. (2009) Effects on an educational program for the reduction physical restraint use by caregives in geriatric hospital. <i>Journal of Korean Academy of Nursing</i>	Ei olnud kättesaadav täistekstina
3.Haut,A., Köpke,S., Gerlach,A., Mühlhauser,I., Haastert, B., Meyer, G. (2009) Evaluation of an evidence based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: a cluster randomized trial. <i>BMC Geriatrics</i> , 9.	Käimasoleva uurimuse projekti tutvustus
4.Huizing,A., Hamers, J.,Gulpers, M.,Berger, M(2006) Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use, <i>BMC Geriatrics</i> , 26:6-17	Käimasoleva uurimuse projekti tutvustus
5.Huizing,A., Hamers, J.,Gulpers, M.,Berger, M (2009 a) A cluster randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home residents.JAGS, 57, 1138-1148	Kasutatud uurimismaterjalina Möhler 2011 a töös
6.Huizing,A., Hamers, J.,Gulpers, M.,Berger, M (2009 b) Prevntng the use of physical restraints on residents newly admitted to psychogeriatric nursing home wards. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 46, 459-469	Kasutatud uurimismaterjalina Möhler 2011 a töös
7.Ejaz, F., Jones, J., Rose, M., (1994) Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programms, <i>JAGS</i> , 42,960-964	Kasutatud Evans jt 2002
8.Hanger, H., Ball, M., Wood, L. (1999) An analysis of falls in the hospital :can we do without bedrails. <i>JAGS</i> , 47, 529-531	Kasutatud Evans jt 2002
9.Branitzki, S., Koczy, P.(2005)ReduFix- a study of reducing physical restraint: preventing risk of injury. <i>Pflege Zeitschrift</i> , 58,310-313	Täistekstina kättesaamatu
10.McCallion,P., Toseland, R., Freeman, K.(1999) An evaluation of a family visit education program. <i>JAGS</i> , 47, 203-214	Täistekstina kättesaamatu
11.Patterson, J., Strumpf, N., Evans, L.(1995)Nursing consultation to reduce restraints in nursing home. <i>Clinical Nurse Specialist</i> , 9, 231-235	Sekkumisena öde-spetsialisti konsultatsioonid.
12.Schnelle, J., Newmann, DR, White, M., 13.Volner, T., Burnett, J., Cronqvist, A. (1992) Reducing and managing restraints in long-term care.JAGS40, 381-385	Täistekstina kättesaamatu
14.Moretz, C.,Dommel, A., Deluca, K.(1995)Untied: a safe alternative to restraints. <i>Medsurg Nursing</i> , 4, 128-132	Samasugused sekkumised , mis JB koduleheküljel., ei ole uurimus, vaid osaliselt juhtumiraport
15.Pellfolk, T., Gustafson, Y., Bucht, G., Karlsson, S.(2010) Effects of a restraint Minimization Programm on Staff Knowledge, Attitudes and Practice: a Cluster Randomized Trial. <i>JAGS</i> 58, 62-69	Möhleri uuritav materjal
16.Testad, I., Assland, A., Aarsland, D. (2005) The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> ,20,587-590	Möhleri uuritav materjal
17.Testad, I., Ballard, C., Bronnik, K., Aarsland, D. (2010) The effect of staff training on agitation and use of restrain in nursing home residents with dementia ; a single-blind randomized controlled trial. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> ,71, 80-86.	Möhleri uuritav materjal
18.Bradley, L., Siddique, C., Dufton, B.(1995) Reducing the use of physical restraints in kong –term care facilitaties. <i>Journal of Gerontological Nursing</i> , 21, 21-34.	Kasutatud Evans jt 2002
19.Dunbar, J., Neufeldt, R., Libow, L., Cohen, C., Foley, W.(1997) Taking charge: the role of nursing administrators in removing restraints. <i>Journal of Nursing Administration</i> , 27, 42-48	Kasutatud Evans jt 2002
20.Kramer, J. (1994) Reducing restraint use in a nursing homes. <i>Clinical Nurse Specilalist</i> , 8, 158-162.	Kasutatud Evans jt 2002
21.Levine, J., Marchello, W., Totolos, E. (1995)Progress toward restraint-free environment in a large academic nursing facility.JAGS, 43, 914-918	Kasutatud Evans jt 2002
22.Mason, R., O'Connor, M., Kemble, S. (1995) Untying the elderly: response to quality of life issues. <i>Geriatric Nursing</i> , 16, 68-72	Kasutatud Evans jt 2002
23.Neufeld, R., Libow, L., Foley, W., Dunbar, J., Cohen, C., Breuer, B.(1999) Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. <i>JAGS</i> 47, 1202-1207	Kasutatud Evans jt 2002
24.Powell, C., Mitchell-Pedersen, L., Fingerote, E., Edmund, L. (1989)Freedom from restraint: cosequences of reducing physical restraints in the management of the elderly. <i>Canadian Medical Assotiation Journal</i> , 141, 561-654	Kasutatud Evans jt 2002
25.Si, M., Neufeld, R., Dunbar, J.(1999) Removal of bedrails on a short-term nursing home rehabilitation units. <i>Gerontologist</i> , 39, 613-614	Kasutatud Evans jt 2002
26.Sundel, M., Garret, R., Horn, R. (1994) Restraint reduction in a nursing home and its impact on empyee attitudes.JAGS, 42, 381-387	Kasutatud Evans jt 2002

Autor, aasta, pealkiri, ilmuniskoht	Valjaarvamise põhjus
27.Werner, P., Cohen Mansfield, J., Koroknay, W., Braun, J.(1994) Individualized care alternatives used in the process of removing physical restraints in the nursing home. <i>JAGS</i> , 42, 321-325	Kasutatud Evans jt 2002
28. Robinson, L., Hutchings, D., Dickinson, O., Corner, L., Beyer, F., Finch, T., Hughes, J., Vanoli, A., Ballard, C., Bond, J.(2007) Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 22, 9-22	Käsitleb patsiendi kadumamineku vähendamiseks kasutatavaid sekkumisi (sisuliselt ohjeldamise põhjuste kõrvaldamiseks ettenähtud sekkumisi). Ei lisa uut teavet sekkumiste osas.Kirjanduse ülevaade, kus analüüsitud valdavalt samu allikaid, mida nt Evans jt kasutanud.
29.Dewey, K.Brill, C. (2000) Decrease in restraint use in a study of ageropsychiatric unit. <i>Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services</i> ,38, 14-18	Ei lisa uut teavet sekkumiste osas ja meetodika ei selgu.
30.Shugrue, D., Larocque, K.(1994) Reducing Restraint Use in the Acute Care Setting. <i>Nursing Management</i> 27	Ülevaade rakendatud meetmetest, meetodika puudub, alternatiivide loetelu kordub.
31.Wagner, L., E.Capezuti, Brush, B., Boltz, M., Renz, S., Talerico, K. (2007) Description of an Advanced Practice Nursing Consultative Model to Reduce Restrictive Side Rail Use in Nursing Homes. <i>Research in Nursing and Health</i> , 30, 131-140.	Artikkel sama uurimuse põhjal, mida kaasatud (Capezuti 2007 )esimese autorina)
32.Howard, S.J. (2007) Effectiveness and safety of restraint and breakaway techniques in a psychiatric intensive care units. <i>Nursing Standard</i> , 36, 35-41.	Ei käsitle tegelikult alternatiivseid tegevusi, vaid uurib pigem, kas personali sugu ja arv omab füüsilise ohjeldamise kasutamisel rolli ja milline on erinevast soost töötajate tegutsemise efektiivsus ohjeldamisel.
33. Kotynia-English, R., McCowan, H., Almeida, O.(2005) A randomized trial of early psychiatric intervention in residential care: impact on health outcomes. <i>International Psychogeriatrics</i> , 17, 475-485	Eesmärgiks ei olnud uurida ohjeldamise vähendamisi, uuriti, kas varane sekkumine aitab ennetada ja vähendada ohjeldamisi. Ei saadud positiivseid tulemusi mitte üheski mõõdetud valdkonnas. Seega, alternatiivina küsitav ja ei kaasatud.
34.Ralphs-Thibodeau, S., Knoefel, R., Benjamin, K., Leclerc, A., Pistermann, S., Sohmer, J., Scrim, C.(2006) Patient Choice: An Influencing Factor on Policy – Related Research to Decrease Bedrail Use as Physical Restraint. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> 3. 31-39.	Sekkumisi, mis peaks ohjeldamisi vähendama, ei ole kirjeldatud. Tulemusi ei ole esitletud, kuna autorid mõnavad suuri metodoloogilisi puudujääke. Esitletud ainult patsientide hinnanguid füüs.ohjeldusmeetmete kasutamisele.
35. Mayhew, P., Christy,K., Berkebile, J., Miller, C., Farrish, A. (1999) Restraint Reduction: Research Utilization and Case Study with Cognitive Impairment. <i>Geriatric Nursing</i> , 20, 305-308	Referatiivne kirjanduse ülevaade ja üksikjuhtumi kirjeldus ilma konkreetsete alternatiivsete tegevusteta.
36.Williams, D., Grossett, D.(2011) Reduction of Restraint of people with intellectual disabilities: An organizational behavior management (OBM) approach. <i>Research in Developmental Disabilities</i> . 32, 2336-2339.	Uuritavad raske vaimupuudega erihooldekodu elanikud. Meetodiks käitumissekkumine koos adm.toega et ennetada residentide agressiivset käitumist. Samu sekkumisi kirjeldatud ka teistes, metodoloogiliselt kvaliteetsemates uurimustes.
37. Hurlock-Chorosteki, C., Kielb, C. (2006) Knot-So-Fast: a learning plan to minimize patient restraint in critical care. <i>Fall</i> , 17.	Ohjeldamise vähendamise programmi kirjeldamine, uurimus (ilma korrektse struktuurita ja meetodikata) õdede teadmiste kohta ohjeldamisest ja alternatiivide loetelu sama mis JB Instituudi koduleheküljel.
38. Downes, M.A., Healy, P., Page, C., Bryant, J., Isbister, C. (2009) Structured team approach to the agitated patient in the emergency room. <i>Emergency Medicine Australasia</i> , 21, 196-201.	Eesm.uurida meetodit, mis aitaks toime tulla füüsilise ohjeldamise põhjusega ehk patsiendi ärevusega. Meeskonnatöö olulisust meetodina on ka teistes uurimustes välja toodud toimiva alternatiivina, käesoleva tulemused aga seda otseselt ei kinnita.
39. Janelli, L., Stamps, D., Delles, L. (2006) Physical Restraint Use: A Nursing Perspective. <i>MedSurg Nursing</i> , 15	Uurib õdede hoiakuid ja teadmisi ohj. Ja selle alternatiividest. Ankeetküsitlus, kuid meetodika puudub. Alternatiivid, mida õed loetlesid, samad mis paljudes teistes (vt JB Instituudi tabel.)
40. Lewis, D.M. (2002) Responding to a violent incident: physical restraint or anger management as a therapeutic intervention. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 9, 57-63.	Kirj.ülevaade ja juhtumiraport. Sekkumisena vihajuhtimise programm. Soovitatud sekkumisena ka kaasatud uurimustes.
41. Winokur, E., Senteno, J. (2009) Guesting Area: An Alternative for Boarding Mental Health Patients Seen in Emergency Departements. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 35, 429-433.	Kirjeldab ruumilise keskkonna ümberkujundamist kiirbiosakonnas, mille läbi psüühiliste probleemidega patsientide käitumine ei ole ohtlik ja välditakse füüsilist ohjeldamist. Ei ole uurimus, vaid pigem nn kvaliteediprogramm.
42. Bowers, L., Brennan, G., Flood, C., Lipang, M., Oladapo, P. (2006) Preliminary outcomes of a trail to reduce conflict and containment on a acute psychiatric wards: City Nurses. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 13, 165-172.	Uurib ohjeldamise põhjuste ennetamist-sekkumised on samad- töötajate treenimine ja hoiakute muutmine ja nn õde konsultandid(väljaspoolt osakonda)
43. Champagne, T., Stromberg, N. (2004) Sensory Approaches in Inpatient Psychiatric Settings: Innovative Alternatives to seclusion and restraint. <i>Journal of Psychosocial Nursing</i> , 49, 35-44	Sekkumistena kirjeldatud pigem keskkondlikke muudatusi-muusikakuulamine, lõhnateraapia, vaibad, hea kirjandus, mahe valgustus jms. Tulemused- vähenes mehaaniline ohjeldamine ja eraldamine (54%), kuid ei tundu olevat usaldusväärsed.Ei selgu, kuidas saadi selline tulemus.
44. D'Ono, B., Purselle, D., Stevens, D., Garlow, S. (2004) Reduction of Episodes of Seclusion and Restraint in a Psychiatric Emergency Service. <i>Psychiatric Services</i> , 55, 581-583.	Sekkumised samad, mis teisteski uurimustes- personali treenimine ja suhtlemisuskuste parandamine, patsientide riskihindamine, videojärelvalve. Kasutatud ka Gaskin jt
45. Damsa, C., Ikelheimer, D., Adam, E., Maris, S., Andreoli, A., Lazignac, C.(2006) Heisenberg in the ER:Observation appears to reduce involuntary intramuscular injections ina psychiatric emergency service. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 28, 431-433.	Kasutatud Gaskin jt
46. Donat, D.C. (2003) An analysis of succesfull efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. <i>Psychiatric Services</i> , 54, 1119-1123	Sekkumised samad- spetsiaalse meeskonna loomine (käitumise juhtimise komitee), ohjeldamiste juhtude analüüs ja raportid jms. Kasutatud Gaskin jt

Autor, aasta, pealkiri, ilumiskoht	Valjaarvamise põhjus
47. Fisher, W.A. (2003) Elements of Successfull Restraint and Seclusion Reduction Programs and Their Application in a Large State Urban Psychiatric Hospital. <i>Journal of a Psychiatric Practice</i> , 9, 7-15.	Pooled uuritud patsientidest olid kohtupsühhaatriliste probleemidega, ohjeldamist vähendavad sekkumised samad. Kasutatud Gaskin jt
48. Huckshorn, K.A.(2004) Reducing Seclusion and Restraint Use in Mental health Setting: Core Strategies for Prevention. <i>Journal of Psychosocial Nursing</i> , 42,22-33.	Ei ole kättesaadav täistekstina. Viidetest sellele artiklile lisandunud ainult üks ennetav sekkumine- ohjeldamisjärgse debriifingu olulisus järgmiste ohjeldamise ennetamisel (viidatud CAMH 2008 raportis)
49. Jonikas, J., Cook, J., Rosen, C., Laris, A., Kim, J. (2004) A Program to Reduce Use of Physical Restraint in Psychiatric Inpatient Facilities. <i>Psychiatric Services</i> , 55, 818-820	Sekkumised samad.
50. Capezuti, E., Wagner, L., Brush, B., Boltz, M., Renz, S., Talerico, C. (2007) Consequences of an Intervention to Reduce Restrictive Side rail use in Nursing Homes. <i>JAGS</i> , 55: 334-341	Käsitleb ainult voodivõredega ohjeldamist- liiga kitsas ohjeldamise kontekstis. Sekkumised ka samad mis teisteski.
51. Brend, M., Jackson, D. (2006) Finding positive alternatives to the physical restraint. <i>Learning Disabilities Practice</i> , 9.	Juhtumiraport 18-aastase autistliku patsiendi näitel. Sekkumise meetoodika ei ole kirjeldatud ja eesmärk pigem patsiendi käitumist kujundada.
52. Markwell, s. (2005) Long-term restraint reduction: one hospital's experience with restraint alternatives. <i>Journal of Nursing Care Quality</i> , 20:253-260	Sekkumised samad mis nt Amatol ja Mionil (baseeruvad Restraint Reduction Task Force dokumendil)
53. Knox, J. (2007)Reducing physical restraint use in residential aged care: implementation an evidence-based approach to improve practice. <i>Inernational Journal of Evidence Based Healthcare</i> , 5, 102-107.	Sekkumised samad- administratiivsed ja töötajate koolitamine.
54. Sullivan, A., Bezmen, J., Barron, C. (2005) Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service- utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. <i>Psychiatric Quarterly</i> , 76, 51-65.	Kasutatud Gaskin jt. 2007
55.Mc Cue, R., Urcuyo, L., Lili, Y., Tobias, T., Chambers, M. (2004) Reducing Restrain Use in a Public Psychiatric Inpatient Service. <i>Journal of Behavioral Health Services and Research</i> , 31, 217-224.	Kasutatud Stewart jt. 2009
56. Hellerstein, D., Staub, A., Lequesne, E. (2007) Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. <i>Journal of Psychiatric Practice</i> , 13, 308-316.	Kasutatud Stewart jt. 2009
57. Pollard, R., Yanasakm, E., Rogers, S., Tapp, A. (2007) Organizational and unit factors contributing to the reduction in the use of seclusion and restraint procedures on a acute psychiatric inpatient unit. <i>Psychiatric Quarterly</i> , 78, 73-81.	Sekkumised korduvad.
58. Cruz, V., Abdul-Hamid, M., Heater, B. (1997) Research-based practice: reducing restraints in a acute care setting-phase I. <i>Journal of Gerontol. Nursing</i> , 23, 31-40.	Osa uurimisprogrammist, sekkumised samad mis mujalgi (koolitused, meeskond jms).
59.Yeh, S., Hsiao, C., Ho, T., Chiang, M., Lin,L., Hsu, C., Lin, S. (2004) The effects of continuing education in restraint reduction on novice nurses in intensive care units. <i>Journal of Nursing Research</i> , 12, 246-256-	Ei olnud eesmärgiks uurida ohj.vähendamist, vaid kas koolituse läbi on võimalik saada tulemust, et ohjeldamist kasutaks vähem. Sekkumiseks koolitus- korduv.
60. LeBel, J., Goldstein, R. (2005) The Economic Cost of Using Restraint and the Value Added by Retsraint Reduction or Elimination. <i>Psychiatric Services</i> , 56, 1109-1114.	Hinnati pigem ohjeldamispisoodi maksumust enne ja pärast ohjeldamist vähendavat sekkumist (sekkumisprogramm nn riiklik, ei ole töös kirjeldatud).
61. Morrison, E., Fox, S., Burger, S., Goodloe, L., Blosser, J., Gitter, K.(2000) A nurse led, unit based program to reduce restraint use in acute care. <i>Journal of Nursing Care Quality</i> , 14, 72-80.	Osakonnapõhine programm, sekkumisi ei kirjelda.
62. Barton, S., Johnson, M., Price, L. (2009) Achieving restraint- free on an inpatient behavioral health unit. <i>J of Psychosocial Nursing and Mental Health Services</i> , 47, 34-40.	Sekkumised korduvad, ühe osakonna kirjeldus, metodel. küsitavused.

## LISA 7. Kaasatud uurimuste tunnused ja tulemused

Uurimuse tüüp ja metoodika (arv)	Autor	Uurimuse läbiviimise koht	Uuritavad	Eesmärk	Tulemused	Ohjeldamist vähendavad või ennetavad abinõud või alternatiivid ohjeldamisele
Kirjanduse ülevaated (4) ( <i>Systematic Reviews</i> )						
Integreeriv kirjanduse ülevaade	Evans jt (2002)		16 empiirilise uurimuse tulemused aktiivravi haiglates(3) ja hooldusasutustes (13) läbi viidud ohjeldamise vähendamise programmide kohta	Ohjeldamise vähendamise võimaluste kirjeldamine	Aktiivravi haiglates: töötajate koolitamine vähendas ohjeldamiste kasutamist, kuid spetsiaalne hariduslik programm koos juhtumiaruteludega vähendas ohjeldamisi ainult 6 kuu jooksul. Ohjeldamisi vähendas märgatavalt alternatiivide kasutuselevõtt koos tegevusjuhendite koostamisega. Hooldusravi haiglates vähendasid ohjeldamisi kõik sekkumised, v.a. üks hariduslik programm (muutuste juhtimine).	1)Ohjeldamisalane koolitamine (ohjeldamise mõju, patsientide õigused, autonoomia ja eetilised lähtekohad, ohj.juriidilised apsektid, ohud ja tuisistused, spetsiaalsed käitumuslikud programmid, mis aitavad vähendada ohj.põhjusi, alternatiivid); 2) tegevusplaanid ohj.vähendamiseks, 3) kavandatud plaanide elluviimine ja hindamine;4) ohj.vähendamine versus ohj.ärakeelamine; 5) ohj.algatamise korra muutmine (korralduse annab arst või öde-spetsialist; 6) ohjeldamiseksptertide ja meeskondade kasutamine;7) patsientide seisundi hindamine; 8) pere kaasamine patsiendi hooldusesse;9) dokumenteerimise arendamine;10) teistelt õppimine.
Eksperimentaalsete uuringute süstemaatiline ülevaade ( <i>Systematic Review of Controlled Trials</i> )	Möhler jt (2011)	Õenduskodu	5 randomiseeritud ja kontrollitud ohjeldamise vähendamise uurimuse tulemused	Vähendamise ja ennetamise programmide efektiivsuse hindamine	1) koolitusprogrammid vähendasid ohjeldamisi v.a.ühes uurimuses Hollandis (Huizing jt 2009) 2) muud sekkumised statistiliselt oluliste tulemusteta.	1) erineva sisu ja kestvusega koolitusprogrammid personalile; 2)organisatsioonilised sekkumised (poliitika muutmine, öde-spetsialisti konsultatsioonid, pereliikmete kaasamine, ohjeldamise ärakeelamine,3) JB koduleheküljel toodud alternatiivide kasutamine; 4) sekkumiste variatsioonid.
Vaatlusuuringute süstemaatiline ülevaade ( <i>Systematic Review of Observational Studies</i> )	Gaskin jt (2007)	Psühhiaatriaigla	20 empiirilise uurimuse tulemused ohjeldamise vähendamise kohta	Ohjeldamise vähendamise võimaluste hindamine	Ei hinnanud kaasatud uurimustes esitatud sekkumiste tulemuslikkust, kuna metodoloogiliselt ei olnud see võimalik	1) riigipoolne tugi (teemakohased konverentsid jms) 2)riiklike poliitikate ja regulatsioonide muudatused;3)juhtimine ja eestvedamine 4)senise praktika analüüs5)personali integratsioon ; 6)raviplaanide täiustamine;7) personali arvu suurendamine 8)eraldamise iga episoodi jälgimine,9) EMO-desse psühhiaatrilise valvemeeskonna loomine,10) personali koolitamine;11) patsientide jälgimine, 12) ravimid, 13) patsientide aktiivne kaasamine 14)terapeutilise keskkonna muutmine; 15) osakonna keskkonna muutmine; 16) eesmärkide kohandamine; 17) personali turvalisuse ja heaolu arendamine.

Uurimuse tüüp ja metoodika (arv)	Autor	Uurimuse läbiviimise koht	Uuritavad	Eesmärk	Tulemused	Ohjeldamist vähendavad või ennetavad abinõud või alternatiivid ohjeldamisele
Vaatlusuuringute süstemaatiline ülevaade ( <i>Systematic Review of Observational Studies</i> )	Stewart jt (2009)	Psühhiaatria haigla	16 empiirilise uurimuse tulemused eraldamise vähendamise kohta	Ohjeldamise vähendamise võimaluste hindamine	Enamus vähendamisprogrammidest olid mitmekesised. Suurim ja mahukaim neist sisaldas: patsientide hindamisskeemi ülevaatamist, viha ja stressijuhtimise õpetamise programmi patsientidele, personali kriisijuhtimise ja –sekkumise alast treeningut ja kriisisekkumise meekonna loomist, iga ohjeldamispisoodi ülevaate koostamist ja alternatiivsete võimaluste otsimist ning osakondade, kus oli madalaim ohj. arv, autasustamist. Loetelu uurimuse autorite hinnangul toodud efektiivseimatest sekkumistest: 1) töötajate treenimine kriisilukordadega toimetulekuks ja mittevägivaldsete lahenduste kasutamiseks; 2) ohjeldamise vähendamise programmi ja protsessi pidev ja regulaarne ülevaatamine ja hindamine; 3) patsientide osalus ohjeldamise vähendamises; 4) adekvaatne ja piisav personali koosseis.	1) ohjeldamine ja eraldamine spetsiaalsetes ruumides; 2) personali kosseisu suurendamine; 3) kriisisekkumise treening; 4) multidistsiplinaarne tugi; 5) personali treenimine; 6) igapäevased personali arutelud ohjeldamiste üle; 7) progressi kaardistamine; 8) personali koolitamine; 9) adekvaatne medikatsioon; 10) ohjeldamis/eraldamisruum on mitmeid võimalusi erinevateks piiranguteks; 11) esimese valikuna kasutada eraldamist, mitte meh. ohjeldamist; 12) vähendada aega, mille järgi ohj. patsiendi seisund tuleb üle hinnata ja otsustada ohj. vajaduse jätkamine; 13) ohj. registri analüüs; 14) patsiendi eelistuse küsimine; 15) igapäevane ohjeldamiste ülevaade osakonnas; 16) personali motiveerimine ohjeldamist mitte kasutama; 17) haloperidooli asemel vajadusel suukaudse olanzapiini manustamine; 18) käitumisteraapia programmide rakendamine patsientidele; 19) mõiste „erakorraline ohjeldamine“ (emergency restraint) ümberdefineerimine; 20) tuirvameeskonnad osakonnas; 21) patsientidel individuaalsed agressiooni juhtimise plaanid; 22) öde-spetsialisti konsultatsioonid; 23) klozapiini kasutamine raviks; 24) vähempiiravate ohjeldusmeetmete ehk alternatiivide arendamine; 25) ohj. seotud dokumentatsiooni arendamine; 26) ravi risperidooniga; 27) tegevusteraapia kasutamine osakonnas; 28) juhtimise ja töökorralduse arendamine; 29) riikliku poliitika muutmine; 30) personali patsientidesse suhtumise muutmine läbi spetsiaalse teraapia.
<b>Kvalitatiivsed uurimused (2) <i>Qualitative studies</i></b>						
	Zwijssen jt (2012)	Õendushaigla (-kodu) Hollandis	Tervishoiutöötajad : 9 võtmeisikut hooldekodust ja 8 fookusgruppi, millest 6 gruppi koosnes õdedest ja 2 gruppi tugierialade töötajatest.	Kirjeldada elektroonilise jälgimistehnoloogia kasutamist kui alternatiivi ohjeldamisele dementsusega patsientide hoolduses tegelevate professionaalide hinnangule tuginedes.	2 peateemat: 1) Jälgimistehnoloogia kasutamine (üldise turvalisuse eeldus, lisaturvalisuse võimaldamine, klientidele suurema liikumisvabaduse andmine). 2) Jälgimistehnika kasutamise piirangud (jälgimistehnika ei takista klienti kukkumast, ei garanteeri kiiret abi, tehnika võib mitte töötada, tehnika häirib kliendi privaatsust).	1) Elektrooniline jälgimistehnoloogia, mida uuriti, olid: GPS, liikumisandurid, rõhule tundlikud sensorid voodis, akustiline jälgimine, uste sulgemise sensorid, riistele kinnitavad sensorid 2) elektroonilise jälgimise kasutamise regulatsiooni ja dokumentatsiooni olemasolu.

Uurimuse tüüp ja metoodika (arv)	Autor	Uurimuse läbiviimise koht	Uuritavad	Eesmärk	Tulemused	Ohjeldamist vähendavad või ennetavad abinõud või alternatiivid ohjeldamisele
Kvalitatiivne uurimus	Kontio (2010)	6 akuutpsühhiaatria haiglat Soomes	Tervishoiutöötajad: õed (n=22) ja arstid (n=5)	Kirjeldada, milliseid alternatiive ohjeldamisele kasutatakse nõ standartsena akuutpsühhiaatria osakonnas.	3 peakategooriat: 1)õendussekkumised(alakategooriad- olla kohal, vestlus patsiendiga, vastutuse andmine käitumise üle patsiendile, patsiendi aktiivsele tegevusele suunamine, patsiendi(osakonna) keskkonna muutmine) 2)multiprofessionaalne patsiendi ravi-ja käitumise käsitus(alakategooriad - ravimite manustamises üksmeelele olemine, patsiendile oma ruumi võimaldamine, eraldusruumi patsiendi paigutamine nii, et ruumi uks on avatud, pidev jälgimine, füüsiline hoidmine).3) autoriteedi ja jõu demonstreerimine (alakategooriad- arsti osakonda ilmumine agressiivse käitumise korral, meessoost õdede olemasolu osakonnas, turvameeste olemasolu või politsei osakonda kutsumine ohuolukorras).	
<b>Eksperimentaalsed uurimused (3) <i>Experimental studies</i></b>						
Randomiseeritud kontrollitud uurimus ( <i>cluster randomized controlled trial</i> )	Koczy jt (2011)	Õendushaiglad (n=45) Saksamaal	Patsientidel (n=333) rakendatud ohjeldamiste arv	Hinnata multifaktoriaalse sekkumise tulemust ohjeldamise vähendamisele õendushaiglates.	Sekkmisgrupis (n=208) 3 mõõdetud päeval ohjeldamiste arv vähenes enam kui 2 korda võrreldes kontrollgrupiga (n=125). Grupidel olid mõned erinevused (sooline koosseis, enne sekkumist oli sekkumisgrupis ohj.arv, kukkumiste arv ja hooldusassistentide abi vajadus suurem)- 3 kuud peale ohj.vähendamise sekkumist tõenäosus olla mitte ohjeldatud oli sekkumisgrupis jätkuvalt 2 korda väiksem, ei olnud muutusi psühhoaktiivsete ravimite tarvitamises ja ei olnud muutusi ka patsientide käitumises. Osade kasutatud sekkumiste tulemuslikkust ei saanud uurijad hinnata , nt kuidas toimus iseõppimine ja kolleegidele teadmiste jagamine (ei dokumenteeritud). Kukkumiste arv sekkumisgrupis uuringu ajal oli kõrgem,	1)Koolitusprogramm ohjeldamisest (sisu ohjeldamise põhjused, tagajärjed, alternatiivid)2)tehniliste abivahendite (puusakaitsmed, liikumisandurid) kasutamine 3) probleemilahenduse treening (otsustamisprotsessi kas ohjeldada või mitte, kujundamine nii, et kasutataks alternatiive); 4) kolleegide õpetamine ja iseseisevat õppimist võimaldavate õppematerjalide koostamine.
	Köpke jt (2012)	Õendushaiglad Saksamaal : sekkumisgrupis (n=18), kontrollgrupis (n=18)	Patsientidel rakendatud ohjeldamiste arv. Sekkmisgrupp (n=2283) kontrollgrupp (n=2166)	Hinnata füüsilise ohjeldamise vähendamist rakendades mitmekomponendilist sekkumisprogrammi ja tõenduspõhiseid tegevusjuhiseid.	Enne uurimuse algus oli kontrollgrupis (KG ohj 30,6% versus 31,5% sekkumisgrupp(SG). 6 kuu möödudes KG-29,1%, SG-22,6%.	1)tõenduspõhised, koostöös patsientide ja nende lähedastega ning asutuste juhtidega tehtud tegevusjuhendid ohjeldamise kohta 2) personali koolitamine tuginedes planeeritud käitumise teooriale 3) infomaterjalide koostamine ja infokoosolekute läbiviimine



Uurimuse tüüp ja metoodika (arv)	Autor	Uurimuse läbiviimise koht	Uuritavad	Eesmärk	Tulemused	Ohjeldamist vähendavad või ennetavad abinõud või alternatiivid ohjeldamisele
Prospektiivne kvaasi-eksperimenaalne uurimus	Lai jt (2011)	Rehabilitatsioonihai gla (n=2) Hongkongis.	Ohjeldamiste arv	Hinnata ohjeldamise vähendamise programmi tulemusi ühes haiglas, teine oli nn kontrollhaigla, kus programme ei rakendatud.	Ohjeldamiste arv uurimuse ajal kontrollhaiglas oli 4,3 korda suurem võrreldes haiglagaga, kus kasutati sekkumisprogrammi. Samal ajal sekkumishaiglas ei saadud olulist ohjeldamise vähenemist ja ainus positiivne efekt oli see, et pigem kasutati füüsilise ohjeldamise asemel teisi ohjeldusmeetmeid.	1) koolitusprogramm 2) ohjeldamise vähendamise komitee
Vaatlusuuringud (8) (observation studies)						
Kirjeldav kvantitatiivne uurimus (Descriptive study)	Bryant ja Fernald (1997)	Aktiivravihaigla koos traumakeskusega ja õendushaigla USA samas piirkonnas.	Õed (n=72), neist 32 õendushaiglast ja 40 aktiivravi haiglast.	Kirjeldada, milliseid füüsilisi ohjeldusmeetmeid ja alternatiive neile kasutatakse aktiivris ja krooniliste haigustega patsientidele.	Aktiivravi õed kasutavad rohkem füüsilisi ohj.meetmeid ja vähem alternatiive. Võrreldes õendushaigla õdedega kasutasid aktiivravi õed ka nn rohkempiiravaid ohjeldusmeetmeid nagu rinnarihmad jms versus hooldusravi toega tugitoolid ja voodivõred jms. Alternatiivseid meetmeid kasutasid aktiivravi õed tervikuna vähem, kuid valutustasid märgatavalt rohkem ja hoidsid patsiente reaalsusesega rohkem kursis.	Alternatiivid ohjeldamisele : valu leevendamine, asendi muutmine, reaalsuses hoidmine, terapeutiline puudutamine, muusikateraapia, mälestuste jagamine, käitumise kujundamine, koostöö, käeline tegevus, aktiivne kuulamine, tegevusjuhiste olemasolu, patsientide paigutus õe postide lähedusse, madalamad voodid, kutsungisüsteemid, kindel päevakava, ärevuse vähendamine, meelelahutuslik tegevus, hingehoid, ravimid
	Downey jt (2007)	USA üldhaiglate ja erihaiglate erakorralise meditsiini osakonnad	Kiirabiosakondade töötajad: üldhaiglate EMO-d (n=330) , erihaiglate EMO-d (n=61)	Patsientide ärevuse kui ühe sagedaseima ohjeldamise põhjuse vähendamine EMO-des.	98 %erihaiglate kiirabiosakondadest kasutas enne ohjeldamist kombinatsioone loetelust ravim + aja mahavõtmine või vahetu jälgimine vms, 90 % üldhaiglates kasutati esimesena alternatiive. Levinuim sekkumine mõlemas oli vahetu jälgimine, Üldhaiglates oli levinud hingehoiu kasutamine (64%), mis aga oli madalam erihaiglas (37%). Üldhaiglad kasutavadki valdavalt ainult 3 alternatiivi-vahetut jälgimist, võimaldavad füüsilist liikumist ja hingehoidu. Erihaiglad mitmekesisemad alternatiivide osas, levinuim aja mahavõtmine.	1) üks-ühele jälgimine, 2) verbaalne sekkumine 3) "time-out" 4) stimulatsiooni vähendamine 5)füüsilise aktiivsuse võimaldamine 5) ravimite manustamine 6) patsiendi vajadustega arvestamine (telefoni kasutamine, toit jms)7)hingehoid.
	Liukkonen ja Laitinen (1994)	23 aktiivravihaigla statsionaarset osakonda Soomes	Õed (n= 287)	Eakate patsientide ohjeldamise vähendamine läbi alternatiivsete tegevuste kasutamise.	Kõige rohkem kasutatakse patsiendi käitumise mõistmist (vt sekkumiste järjestus kõrvallahtis).	1) eaka patsiendi käitumise mõistmine 2)patsiendi läheduses olemine ja tema soovide täitmine 3)turvalise keskkonna kujundamine 4) tugi teistelt õdedelt 5) ebatüüpilise käitumise tolereerimine

Uurimuse tüüp ja meetodika (arv)	Autor	Uurimuse läbiviimise koht	Uuritavad	Eesmärk	Tulemused	Ohjeldamist vähendavad või ennetavad abinõud või alternatiivid ohjeldamisele
	Saarnio jt (2008)	Soome tervishoiuasutused.	Õed (n=1148)	Milliseid individuaalseid, ühiseid ja alternatiivseid tegevusi ohjeldamisele õed kasutavad eakate hoolduses.	Saadi 2 gruppi tegevusi, mille abil õed püüavad ohjeldamist vältida: 1) eaka inimese tunnete ja käitumise mõistmine 2) tegevused, mille keskmes on läbirääkimised patsiendi, kolleegide ja patsiendi pereliikmetega- seda tegevust kasutasid kõige rohkem vanemda ja kogenumad õed.	1) patsiendi mõistmine 2) läbirääkimine patsiendi, tema lähedaste ja kolleegidega
	Mion jt 2001	2 aktiivravihaigla 14 osakonda USA-s, neist 8 üldosakonda (ohjeldamiste kasutamine ≥4%) ja 6 intensiivravi osakonda (ohjeldamiste kasutamine ≥25%)	Ohjeldamiste arv	Ohjeldamiste arvu vähendamine läbi spetsiaalse sekkumisprogrammi	Ohjeldamiste arv vähenes alla või kuni 20% peale sekkumisprogrammi ainult 6 üldosakonnas ja 2 intensiivravi osakonnas. 16605 ohjeldamisjuhu puhul kasutati ohjeldamiseksperdi konsultatsioone 2772 juhul.	1) töötajate koolitamine 2) administratiivsed tegevused (juhtide kaasamine ja eestvedamine) 3) konsultatsioonid spetsialistiga 4) tagasiside osakonnale
	Amato jt 2006	Rehabilitatsiooniga tegeleva aktiivravi haigla 2 osakonda USA-s (ajutraumadega ja insuldiga patsiendid)	Ohjeldamiste arv	Ohjeldamise vähendamine läbi spetsiaalse sekkumisprogrammi (RRP)	Insuldiärgsete patsientide rehab.osakonnas vähenes ohjeldamise kasutamine 29,2% ja ajuvigastuste järgsete patsientide osakonnas vähenes ohjeldamiste arv 16,2%. Erinevused ohjeldamise vähendamises kahe osakonna vahel on tingitud erinevast disainist ja peavad väga oluliseks osakonna keskkonda ja ruumilist paigutust.	1) administratiivsed tegevused (õendusjuhtide, koordinaatorite, arstide aktiivne tugi) 2) personalikoolitus (õppesessioonid kogu osakonna personalile) 3) konsultandi kasutamine (õde-spetsialisti visiitid 2 korda nädals, hiljem kord nädalas osakonda. Oli ainuisikuliselt õigus kinnitada ohjeldamiseotsuse peale patsiendi hindamist) 5) kahepoolne tagasiside (õendusplaanid kontrolliti õdede endi poolt, kokkuvõtted osakonda kvaliteediosakonna poolt).
<b>Vaatlusuuringud (observation studies)</b>						
Kirjeldav kvantitatiivne uurimus (Descriptive study)	Taxis 2002	86 voodikohaline täiskasvanute psühhiaatria haigla Texas, USA-s	Ohjeldamiste arv	Alternatiivsete sekkumiste otsimine läbi ohjeldamise ja eraldamise vähendamise programmi	42 kuu jooksul vähenes ohjeldamiste arv haiglas 94 % (ohjeldamiste arvu programme alguses ei esitatud).	1) täpsed kokkulepitud käitumisreeglid nii personalile kui patsientidele; 2) igale patsiendile individuaalne tegevusplaan; 3) erinevad koolitusprogrammid õdedele (kriisijuhtimine, lahenduskesksed teraapiad jms) ja abipersonalile (ohjeldamisest üldiselt, juriidilised ja eetilised aspektid jms); 4) programmeeritud patsientidele stressi ja vihaga toimetulekuks; 5) infomaterjalide koostamine ja kättesaadavaks tegemine kõigile sihtgruppidele; 6) time-out ruum kujundati steriilselt tühest ruumist hubaseks; 7) õendusdokumentatsiooni auditeerimine; 8) kaksikdiagnoosiga patsientidele spetsiaalsete multiprofessionaalsete sekkumisprogrammide koostamine.
	Foster jt 1999	83 voodikohaline linna psühhiaatria haigla USA-s.	Ohjeldamiste arv	Ohjeldamise vähendamine läbi spetsiaalse sekkumisprogrammi .	Ohjeldamine tervikuna peale programmi juurutamist langes aasta jooksul peale programmi 13,8 %, ohjeldamise keskmine kestvus vähenes 54,6% ja personali vigastused vähenesid 18.8%.	1) personali kohustuslikud treeningud patsientide agressiooni mahasurumiseks 2) iganädalased teemaarutelud osakonnas 3) protsessi pidev avalik haiglasine hindamine

Uurimuse tüüp ja metoodika (arv)	Autor	Uurimuse läbiviimise koht	Uuritavad	Eesmärk	Tulemused	Ohjeldamist vähendavad või ennetavad abinõud või alternatiivid ohjeldamisele
Segameetodil uurimused ( <i>mixed methods studies</i> )(1)						
	Borkardt jt 2011	Riigi psühhiaatria haigla USA-s	Ohjeldamiste arv	Ohjeldamise vähendamise võimalused 3,5 aastase jälgimisperioodi jooksul	Ohjeldamiste arv uurimuse põhiperioodil ja hilisemal kontrollperioodil vähenes märkimisväärselt- 82,3%. Kõige tugevam seos ohjeldamise vähenemisega saadi osakonna keskkonna muudatustega.	Osakonnas juurutati käitumissekkumine, mis koosnes 4 komponendist: 1) personali ettevalmistus ja treening patsientide traumast tingitud käitumisega toimetulekuks 2) osakonna sisereeglite eemaldati deklaratiivsus 3)osakonna keskkond hubasemaks 4)patsientide kaasamine raviplaani koostamisse.

## LISA 8. Ohjeldamist vältivate abinõude grupeerimine

Ohjeldamise vältimise abinõud artiklites	Alagrupp	Peagrupp
<p>Evans jt (2002) Ohjeldamisalane koolitamine (ohjeldamise põhjused, tagajärjed, eetilised ja juriidilised aspektid)</p> <p>Möhler jt (2011) Erineva sisu ja pikkusega koolitusprogrammid personalile</p> <p>Gaskin jt (2007) Personali koolitamine</p> <p>Stewart jt (2009) Personali koolitamine</p> <p>Koczy jt (2011) Koolitusprogramm personalile ohjeldamise põhjustest, tagajärgedest ja alternatiividest ja iseseisvast õppimisest ja kolleegide õpetamisest</p> <p>Amato jt (2006) Personali hariduslik programm ohjeldamise teemadel</p> <p>Mion jt (2001) Personalikoolitus</p> <p>Lai jt (2011) Personali koolitusprogramm ohjeldamise teemadel</p> <p>Taxis (2002) Abipersonali koolitamine õdedest eraldi ohjeldamise olemusest, juriidilistest ja eetilistest aspektidest.</p> <p>Gaskin jt (2007) Riigipoolne tugi personali ohjeldamisalaseks koolitamiseks ja konverentside korraldamiseks</p>	Personali koolitamine	Personaliga seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud
<p>Evans jt (2002) Spetsiaalsed personalile mõeldud käitumuslikud programmid</p> <p>Stewart jt (2009) Kriisisekkumise treeningud</p> <p>Köpke jt (2011) Hoiakute ja käitumise kujundamise treeningprogramm personalile</p> <p>Koczy jt (2011) Probleemilahenduse treening personalile</p> <p>Foster jt (1999) Kohustuslikud treeningud personalile patsientide agressiooni vähendamiseks</p> <p>Borkardt jt (2011) Personali treening traumeeritud patsientidega toimetulekuks</p> <p>Taxis (2002) Õenduspersonali treenimine kriisjuhtimiseks ja lahen-duskesksete teraapiate kasutamiseks.</p>	Treeningprogrammide rakendamine personalile	
<p>Gaskin jt (2007) Personali turvalisuse ja heaolu arendamine</p> <p>Stewart jt (2009) Personali motiveerimine ohjeldamist mitte kasutama</p> <p>Stewart jt (2009) Spetsiaalne teraapia personalile, mis aitab muuta suhtumist patsientidesse</p> <p>Stewart jt (2009) Haigla teiste erialade töötajate tugi õenduspersonalile ohjeldamise vältimiseks</p>	Personali toetamine (ohjeldamise vältimiseks)	
<p>Gaskin jt (2007) Personali arvu suurendamine</p> <p>Stewart jt (2009) Osakonna personali koosseisu suurendamine</p> <p>Gaskin jt (2007) EMO-desse spetsiaalse psühhiaatrilise valvemees-konna loomine</p>	Personali koosseisu suurendamine osakonnas	
<p>Kontio jt (2010) Autoriteedi ja jõu demonstreerimine osakonnas (meessoost õdede töölevärbamine turvameeskonna olemasolu või politsei osakonda kutsumine).</p> <p>Stewart jt (2009) Turvameeskonna kasutamine</p>	Jõu demonstreerimine osakonnas (patsientide distsiplineerimiseks)	
<p>Evans jt (2002) Ohjeldamiseksperdi või-meeskonna teenuse võimaldamine osakonnale</p> <p>Möhler jt (2011) Ohjeldamisspetsialistist õe nõustamisteenuse võimaldamine</p> <p>Stewart jt (2009) Õde-spetsialisti konsultatsioonid</p> <p>Amato jt (2006) Õde-spetsialisti konsultatsioonid ohjeldatud või ohjeldamist vajava patsiendi juurde ning kaasamine õendusplaanide tegemise juurde</p>	Ohjeldamise spetsialisti teenuse võimaldamine	
<p>Gaskin jt (2007) Ohjeldamise vähendamise juhtimine ja eestvedamine asutuse igal juhtimistasandil ja personali kaasamine</p> <p>Stewart jt (2009) Juhtimine toetab ohjeldamise vähendamist osakon-nas</p> <p>Köpke jt (2011) Juhtide osalus ohjeldamist vähendavate tegevusjuhiste koostamisel</p> <p>Amato jt (2006) Juhtide ja võtmeisikute aktiivne tugi ohj.vähendamise programmile</p> <p>Mion jt (2001) Administratiivne tugi ja eestvedamine</p> <p>Lai jt (2011) Ohjeldamise vähendamist eestvedava ja koordineeriva komitee loomine</p>	Juhtide osalemine ohjeldamise vähendamises	

Ohjeldamise vältimise abinõud artiklites	Alagrupp	Peagrupp
Möhler jt (2011) Asutuste ohjeldamispoliitika muutused, sh ohjeldamisele alternatiivide pakkumine või keeld ohjeldamist üldse kasutada	Ohjeldamist vähendavate regulatsioonide koostamine ja arendamine asutuses	Organisatsiooniga seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud
Gaskin jt (2007) Osakonna tegevuse eesmärgiks seada ohjeldamise vähendamine		
Stewart jt (2009) Ohjeldamise korra muutmine, kus esimese valikuna kasutada alternatiive ja vähempiiravaid meetmeid ja vähendada ohjeldatud patsiendi seisundi hindamise kohustuslikku ajavahemikku, ohjeldamise mõiste täpne defineerimine		
Köpke jt (2011) Töenduspõhised tegevusjuhendid personalile ohjeldamise vältimiseks ja alternatiivide kasutamiseks		
Evans jt (2002) Konkreetse tegevusplaanid ohjeldamise vähendamiseks, sh töörühmade moodustamine ja tegevusjuhendite muutmine ja/või koostamine, ohjeldamise algatamise õigus ainult arstil või õdespetsialistil		
Gaskin jt (2007) Osakonna keskkonna hubasemaks muutmine	Turvalise keskkonna kujundamine	
Möhler jt (2011) Osakonna kujundamisel on arvestatud turvalisuse nõuetega ja tehnoloogiliste abivahenditega		
Koczy jt (2011) Tehniliste abivahendite nagu liikumisandurid ja puusakaitsmed, kasutamine		
Borkardt jt (2011) Osakonna muutmine hubasemaks ja kodusemaks		
Liukkonen ja Laitinen (1994) Osakonna ruumiline ja tehniline kujundamine patsientidele turvaliseks		
Zwijzen jt (2012) Elektroonilise jälgimistehnoloogia kasutamine üldise turvalisuse ja patsientide suurema liikumisvabaduse tagamiseks		
Bryant ja Fernaldt (1997) Raskemate patsientide palatite paigutus õe posti lähedusse, turvalised haiglavoodid ja käepärane kutsungisüsteem		
Taxis (2002) Osakonna keskkonna kujundamine turvaliseks ja hubaseks		
Kontio jt (2010) Multiprofessionaalne patsiendi ravi- ja käitumise käsitlus, sh ravimite manustamises üksmeel olemine, arsti ilmumine osakonda patsiendi agressiivse käitumise puhul	Reeglite kehtestamine osakonnas (ohjeldamise vältimiseks)	
Bryant ja Fernaldt (1997) Kindel päevakava		
Taxis (2002) Varasemate ohjeldamisraportite analüüsi põhjal igale patsiendile ravimeeskonna poolt kindlad raviplaanid ja tegevuskavad, kuidas personal tegutseb patsiendi agressiivse käitumise korral		
Borkardt jt (2011) Osakonna siseeskirjad patsiendile mõistetavas sõnastuses ja mitteklaaratiivsed		
Stewart jt (2009) Iganädalased arutelud osakonnas ja igapäevane ülevaade	Koosolekute ja arutelude korraldamine osakonnas	
Köpke jt (2011) Ohjeldamise vähendamise teemalised koosolekud osakonnas		
Amato jt (2006) Ametlikud ja mitteametlikud ohjeldamiseteemalised koosolekud osakonnas		
Foster jt (1999) Iganädalased ohjeldamise arutelud osakonnas		
Liukkonen ja Laitinen (1994) Ohjeldamise arutelu osakonna õdedega		
Evans jt (2002) Ohjeldamise dokumenteerimise täpne regulatsioon	Ohjeldamise dokumenteerimise arendamine	
Stewart jt (2009) Ohjeldamisega seotud dokumentatsiooni arendamine		
Taxis (2002) Õendusdokumentide auditeerimine		
Evans jt (2002) Edukatest ohjeldusmeetmete vähendamistest rääkimine ja nendest õppimine	Ohjeldamise vähendamise positiivsetest kogmustest õppimine	
Stewart jt (2009) Ohjeldamise vähendamise edusammude kaardistamine		
Amato jt (2006) Tagasiside juhtidelt osakonda programmi kulust ja edukusest		
Mion jt (2001) Ohjeldamise vähendamise programmi kulu kahepoolne tagasisidestamine-osakonnast juhtidele ja vastupidi		
Foster jt (1999) Protsessi pidev avalik haiglasine hindamine		
Gaskin jt (2007), Stewart jt (2009) Käibiva ohjeldamispraktika reguleerimine ja analüüs		

Ohjeldamise vältimise abinõud artiklites	Alagrupp	Peagrupp
Evans jt (2002) Patsiendile individuaalse plaani koostamine tulenevalt tema seisundile antud hinnangust	Patsiendi individuaalsusega arvestamine	Patsiendi ja tema lähedastega seonduvad ohjeldamise vältimise abinõud
Gaskin jt( 2007) Ohjeldatud patsiendi pidev jälgimine ja pidev järelvalve patsientide üle koos täiustatud raviplaanidega		
Stewart jt (2009) Individuaalsed plaanid patsientidele		
Liukkonen ja Laitinen (1994) Patsiendi soovide täitmine		
Stewart jt (2009) Patsiendile sobiva raviskeemi määramine		
Gaskin jt (2007) Patsientide aktiivne kaasamine ohjeldamise vähendamise programmi	Patsientide kaasamine (ohjeldamise vähendamisse)	
Stewart jt (2009) Patsiendi eelistuste küsimine ohjeldusmeetme valikul		
Köpke jt (2011) Patsientide kaasamine ohjeldamist vähendavate tegevusjuhiste koostamisse		
Borkardt jt (2011) Patsientide kaasamine raviplaanide koostamisse		
Kontio jt (2010) Õendussekumised patsiendile psühholoogiliselt mugava ravikeskkonna kujundamisel (vestlused, juuresolek, arutelud patsiendi käitumise üle, tegevusteraapia võimaldamine)	Patsienti toetavate õendustegevuste arendamine	
Saarnio jt (2008) Eaka patsiendi tunnete ja käitumise mõistmine		
Taxis (2002) Patsiendiõpetusprogrammid efektiivse suhtelmise ja käitumise osas		
Bryant ja Fernald (1997) Terapeutiline puudutamine, erinevad psühhoteraapiad, sh muusikateraapia, aktiivne kuulamine, reaalsuses hoidmine ja ärevuse vähendamine.		
Downey jt (2007) Üks-ühele jälgimine, verbaalne sekkumine, hingehoiu ja „aja mahavõtmise“ meetodi kasutamise võimaldamine		
Downey jt (2007) Stimulatsiooni vähendamine, telefoni kasutamise võimaldamine, patsiendile toidu andmine, füüsilise aktiivsuse võimaldamine		
Stewart jt (2009) Terapeutilise keskkonna (erinevad teraapiad) arendamine, sh tegevusteraapia, käitumisteraapiad ja agressiooni juhtimise tehnikate õpetamine patsientidele		
Liukkonen ja Laitinen (1994) Patsiendi läheduses olemine ja tema ebatüüpilise käitumise mõistmine ja talumine		
Evans jt (2002) Pere kaasamine patsientide hooldusse		Perekonna ja lähedaste kaasamine (patsiendi hooldusesse ja ohjeldamise vähendamise regulatsioonide koostamisse)
Möhler jt (2011) Pereliikmete kaasamine ohjeldamise vähendamise programmidesse		
Köpke jt (2011) Lähedaste kaasamine ohjeldamist vähendavate tegevusjuhiste koostamisse		

Gaskin jt (2007) Riiklik ohjeldamise reguleerimine	Riikliku ohjeldamispoliitika väljatöötamine ja rakendamine
Stewart jt (2009) Riikliku ohjeldamispoliitika muutmine	

## Lisa 9. Ohjeldamist vältivate abinõude käsitlemise arv kaasatud uurimustes

[illegible]

